

Wolfgang Imo

# Die verbale Aushandlung von Auslösern/ Ursachen und Verantwortlichkeiten bei Krebs

**Abstract:** Krebs ist eine Krankheit, die in der öffentlichen Diskussion meist mit Ursachen und Auslösern verknüpft wird. In der Medizin ist aber bei vielen Krebsarten keine Ursache-Folge-Beziehung bekannt. Diese Krebsarten passieren ‚einfach so‘. Den PatientInnen ist dies meist nicht bewusst, und selbst wenn sie es wissen, haben sie dennoch das Bedürfnis nach Ursachenforschung und Bestätigung durch die Ärztin oder den Arzt, den Krebs nicht durch eigene Fehler selbst hervorgebracht zu haben. In dem Beitrag wird anhand eines Korpus von Aufklärungsgesprächen in der Onkologie gefragt, wie und an welchen Stellen PatientInnen das Thema der Krebsursache in das Gespräch einbringen, welche Laienkonzepte von Krebsursachen dabei deutlich werden und wie die Ärztinnen und Ärzte auf die patientenseitige ‚Ursachenforschung‘ reagieren.

**Keywords:** Konversationsanalyse, Angewandte Linguistik, verbale Aushandlung von Auslösern und Ursachen

## 1 Einleitung

Krebs ist eine Krankheit, die in der öffentlichen Diskussion stärker als andere Krankheiten mit Auslösern und Ursachen (und, damit zusammenhängend, Verantwortlichkeiten für die Auslösung der Krankheit) verknüpft ist: Die Debatte um Rauchen und Rauchverbote wird mit der krebserregenden Wirkung des Rauchens verbunden (die Schockkampagne mit Warnhinweisen und abschreckenden Bildern auf Zigarettenpackungen befeuert die Wahrnehmung zusätzlich), die aktuelle Debatte um das Verbot des Pestizids Glyphosat dreht sich um dessen mögliche krebsauslösende Wirkung, und das Wort Asbest evoziert sofort Krebsgefahr, um nur einige der bekanntesten Assoziationen von Krebs und Auslöser zu nennen. In der Medizin ist aber bei vielen (und auch weit verbreiteten) Krebsarten wie Lymphkrebs oder Brustkrebs (noch) keine (klare) Ursache-Folge-Beziehung bekannt.<sup>1</sup> Diese Krebsarten passieren ‚einfach so‘. Den PatientInnen ist

---

<sup>1</sup> Streng genommen kann man zwischen Auslöser und Ursache bei Krebs unterscheiden: Ursache ist eine unkontrollierte Zellteilung, Auslöser können beispielsweise Strahlenbelastung, be-

---

**Wolfgang Imo**, Universität Hamburg, Institut für Germanistik, wolfgang.imo@uni-hamburg.de

dies meist nicht bewusst, und selbst wenn sie es wissen, haben sie dennoch das Bedürfnis einerseits nach Ursachenforschung und andererseits aber auch nach der Bestätigung durch die Ärztin oder den Arzt, den Krebs nicht durch eigene Fehler (meist die Ernährung oder genereller den Lebensstil betreffend) selbst hervorgebracht zu haben.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass der Themenkomplex der Auslöser bzw. Ursachen und – in der Regel implizit, aber zuweilen auch explizit – Verantwortlichkeiten für eine Krebserkrankung in der Arzt-Patient-Kommunikation eine wichtige Rolle spielt. Im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts mit dem Titel *Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit* (Projektnr. 111172) sind in einem Zeitraum von Oktober 2014 bis März 2015 insgesamt 56 Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche im Städtischen Klinikum Karlsruhe erhoben worden. In diesen Gesprächen wird den PatientInnen erstmals ihre Diagnose geschildert und die sich anschließende Therapie erläutert (vgl. Bentz et al. 2016 zu einer ausführlichen Projektdarstellung). Auf der Basis dieser Daten wird in vorliegendem Beitrag gefragt, wie und an welchen Stellen PatientInnen das Thema der Krebsursache in das Gespräch einbringen, welche Laienkonzepte von Auslösern dabei deutlich werden, wie implizit dabei die Frage nach der eigenen oder fremden Verantwortlichkeit mitschwingt, wie die Ärztinnen und Ärzte auf die patientenseitige ‚Ursachenforschung‘ reagieren und mit welchen Strategien von Seiten der Ärztinnen und Ärzte auch vorgegreifend Ursachen und Verantwortlichkeiten thematisiert werden.<sup>2</sup>

---

stimmte Viren, Asbest etc. sein. Weder die MedizinerInnen noch die PatientInnen trennen jedoch zwischen diesen Begriffen, wie die Daten zeigen. Beide werden zur Bezeichnung der Auslöser verwendet. Dies hängt m. E. damit zusammen, dass die Ursache (unkontrollierte Zellteilung) insofern ‚unbefriedigend‘ ist, als sie keinen Ansatzpunkt bietet bei der Frage, ob man selbst am Entstehen des Krebses beteiligt war bzw. was man in Zukunft ‚besser‘ machen könnte.

**2** Aus Platzgründen musste dieser Beitrag stark gekürzt werden. Eine ausführliche Version mit weitaus mehr Beispielen (zu dem Komplex Krebs als Schicksal oder Vererbung und Krebs und Lebensstil werden dort mehr Fälle mit stärkerer Bezugnahme zu argumentativen Mustern diskutiert) und unterschiedlichen Typen der Aushandlung von Ursachen und Verantwortlichkeiten (beispielsweise zur Rolle von Kontrolluntersuchungen und zur Frage, wieso Krebs trotz Kontrolluntersuchung entstehen kann) findet sich bei Imo (2020).

## 2 Krankheit, Krankheitsursachen und Verantwortlichkeiten

In ihrer mittlerweile zum Klassiker avancierten Untersuchung *Illness as metaphor* stellt Sontag (1978) zahlreiche kommunikative Muster rund um Krebserkrankungen heraus, die auch heute noch zu beobachten sind, beginnend mit der Feststellung, dass Krebs, anders als die meisten anderen Krankheiten, bei medizinischen Laien „thoroughly old-fashioned kinds of dread“ (Sontag 1978: 6) hervorruft. Lange Zeit führte das zu einer auch von Ärztinnen und Ärzten propagierten Verdrängungsstrategie: Es wurde vermieden, die Krankheit beim Namen zu nennen, und Betroffene versuchten ihre Erkrankung vor Bekannten und teilweise sogar Angehörigen geheim zu halten. Dass das Verschweigen der Krankheit weder die Probleme löst noch den heutigen Anforderungen an eine Aufklärung der PatientInnen entspricht, ist unbestreitbar. Doch eine Neukonzeptionierung von Krebs, eine Entmystifizierung, steht auch heute noch aus. Eine Strategie der Entmystifizierung besteht darin, systematisch zu versuchen, Krebsursachen festzustellen. Wie Sontag in ihrer Untersuchung zeigt, wurde die im 19. Jahrhundert ähnlich mit namenloser Furcht aufgeladene Krankheit Tuberkulose schlagartig entmystifiziert, als man die Erreger feststellte und so Ursache-Wirkungs-Beziehungen deutlich wurden. Tuberkulose verwandelte sich in der öffentlichen Wahrnehmung schnell von einer schicksalshaften Krankheit zu einer einfachen, prosaischen Infektion. Bei Krebs ist entsprechend ebenfalls das Bemühen zu beobachten, klare kausale Bezüge zwischen Krankheit und Auslöser festzustellen. Die bloße Feststellung, dass es zahlreiche potentielle Ursachen gibt, reicht dabei aber nicht aus. Wie Sontag (1978: 60) in ihrer historisch-vergleichenden Studie zeigt, wurde früher auch Tuberkulose als mysteriöses Leiden behandelt, das auf „myriad causes“ zurückgeführt wurde. In genau der gleichen Weise wird dem Krebs als „unsolved riddle“ damit versucht beizukommen, dass man sich darauf einigt, dass er „multi-determined“ sei: „A variety of factors – such as cancer causing substances (‘carcinogens’) in the environment, genetic makeup, lowering of immuno-defenses (by previous illness or emotional trauma), characterological predisposition – are held responsible for the disease“ (Sontag 1978: 60). Die Parallelen zu früheren Ansichten zur Entstehung von Tuberkulose sind auffällig, auch dort wurden neben Umwelteinflüssen psychosomatische Faktoren wie Charaktereigenschaften oder Traumata verantwortlich gemacht. Der Rekurs auf eine multifaktorielle Erklärung ist dabei allerdings, so Sontag (1978: 61), als ein typisches Anzeichen dafür anzusehen, dass eine

wirkliche Ursachenkenntnis (noch) nicht vorliegt – mit Folgen für die gesellschaftliche Wahrnehmung der entsprechenden Krankheit: „The notion that a disease can be explained only by a variety of causes is precisely characteristic of thinking about diseases whose causation is not understood.“ Bei der Diskussion über Krebs führt dies dazu, dass eben nicht nur eine große Bandbreite an möglichen Ursachen diskutiert wird, sondern dass diese häufig auch moralisch bzw. mit verantwortungsbezogenem Fokus aufgeladen sind in dem Sinne, dass sie auf negatives Verhalten (Zigaretten rauchen, übergewichtig sein, Solariumbesuche etc.) der Betroffenen zurückgeführt werden. Durch die mediale Aufmerksamkeit entsteht eine gesellschaftliche Wahrnehmung von Krebs als:

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

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

Da die umweltbedingten möglichen Krebsauslöser (UV-Strahlen oder karzinogene Stoffe in Kleidung oder Nahrung) viel zu unspezifisch sind und zudem praktisch jeder diesen ausgesetzt ist, aber nicht jeder Krebs bekommt, lenkt die

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

Im Folgenden sollen nun exemplarisch meist patientenseitig, aber auch ärzteseitig geäußerte Bezüge zu Auslöser bzw. Ursache und Verantwortung dargestellt werden: In Abschnitt 3.1. werden Aspekte behandelt, die mit der ‚Schicksalshaftigkeit‘ und ‚Nicht-Kontrollierbarkeit‘ der Erkrankung zusammenhängen (z. B. Fragen der Vererbbarkeit oder zufälliger Mutationen). In Abschnitt 3.2. wird auf den Themenbereich ‚Krebs und Lebensstil‘ eingegangen.<sup>3</sup> Dabei wurden nicht nur alle Gespräche auf die genannten Themenkomplexe hin durchsucht, sondern auch gefragt, ob und wie jeweils Patientinnen und Patienten oder Ärztinnen und Ärzte eines der jeweiligen Themen initiieren.

---

<sup>3</sup> Vgl. die in der Einleitung genannte Langversion (Imo 2020), in der nicht nur die beiden eben genannten Themen breiter und tiefer diskutiert werden, so dass auf eine breitere Palette an sprachlichen Mitteln der Relevantsetzung der Ursachenfrage durch PatientInnen und auf die Argumentationsmuster der ÄrztInnen eingegangen werden kann, sondern zusätzlich auch noch die wichtige Rolle (aus Patientensicht) von Vorsorgeuntersuchungen und vor allem die Patientenfrage, weshalb Krebs trotz Vorsorgeuntersuchungen entstehen kann, beleuchtet werden.

### 3 Auslöser, Ursachen und (implizite) Verantwortlichkeiten: Perspektivendivergenzen von Arzt und Patient

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

Wie im vorigen Abschnitt dargestellt, ist es vor allem der Charakter des Zufälligen und Schicksalshaften, der PatientInnen Probleme macht, wie der folgende Auszug aus einem Gespräch mit einem Patienten mit der Diagnose Hodgkin Lymphom zeigt. Im Anschluss an die Diagnosemitteilung und erste Therapieplanung gibt der Arzt dem Patienten Raum, selbst noch Fragen zur Diagnose zu stellen (Transkriptionen nach GAT 2.0; Selting et al. 2009):

##### *Beispiel 1: Hodgkin Lymphom*

371 AM02 ham sie noch ne frage zur diagNose selbst?  
 372 PM15 °hh was heißt diagNose,  
 373 (-) sie MEInen die-  
 374 [was mein-]  
 375 AM02 [die krank]heit SELBST,  
 376 PM15 °hh ja GOTT,  
 377 pffff  
 378 ich verSTEHse net;  
 379 wie des entSTEHT,  
 380 des ist das EIn[zigste was ich mir NICHT-]  
 381 AM02 [((lacht)) ]  
 382 PM15 [ich hab da was ge ich- ]  
 383 AM02 [DA sind noch viele forscher am werk.]  
 384 PM15 Ich hAb da was geLEsen,  
 385 aber WISsen se,  
 386 das geht da REIN und rAus,  
 387 und und sagt mir DOCH nicht viel.  
 388 AM02 hm\_hm.  
 389 PM15 des da irgendwas GSCHTÖRT is,  
 390 ich man FRAGT sich halt,  
 391 woHER das plötzlich kOmmt,  
 392 man kann sich des net erKLÄRN,  
 393 °hh vor ALlen dingen weil- (-)  
 394 was ICH mir nicht-

395 mich FRAge,  
 396 is wie das so SCHLEIchend kommen kann;  
 397 des IS so-  
 398 und man in ne ganz Andere richtung geDACHT hat zuerst. hh°.   
 399 [DES is des w- ]  
 400 AM02 °hh [sie hAben einen] etwas Untypischen (--) DARstellungsmodus,  
 401 weil sie keine vergrößerten LYMPHknoten ham.

Das einzige Problem, das der Patient hat, ist, dass er nicht verstehen kann, wie der Lymphkrebs bei ihm entstanden ist. Das Nicht-Verstehen wird durch resignative sprachliche Mittel wie das „pffff“ (Z. 377) sowie die Interjektion „ja GOTT“ (Z. 376) angezeigt. Auch die „extreme case formulation“ (Pomerantz 1986) „das EINzigste was ich mir NICHT“ (Z. 380) verweist auf das Verstehensproblem. Der Arzt reagiert mit Lachen und der Feststellung, dass die Ursachenforschung noch läuft – er impliziert also, dass nicht nur für die PatientInnen, sondern auch für die ÄrztInnen Auslöser und Ursachen nicht bekannt sind. Diese wenig befriedigende Antwort führt zu einer Reformulierung, bei der der Patient sich zunächst durch das de-agentivierende Indefinitpronomen *man* in eine suggerierte große Gruppe von nicht näher spezifizierten Personen stellt, die ratlos vor der Krankheit stehen: „man FRAGT sich halt, woHER das plötzlich kOmmt“<sup>4</sup> (Z. 390–391) und „man kann sich des net erKLÄRN“ (Z. 392) (vgl. Imo & Ziegler 2018 zu solchen de-agentivierenden Funktionen von *man*). Auch wenn hier kein expliziter Verweis auf Verantwortung erfolgt, kann davon ausgegangen werden, dass hinter dem Wunsch nach Erklärung auch der Wunsch liegt, zu wissen, ob man selbst die Krankheit hätte verhindern oder doch zumindest frühzeitiger erkennen können: Man sieht dies daran, dass der Patient zum Personalpronomen *ich* wechselt und von der allgemeinen Frage der Ursache der Krankheit, die ungeklärt bleiben muss, auf seinem konkreten Fall refokussiert: Die Krankheit hat sich schon lange entwickelt und wurde aber nicht entdeckt, da sie mit Rückenschmerzen verwechselt wurde. Der Grund dafür war, dass, anders als bei einem Hodgkin-Lymphom sonst üblich, die Lymphknoten nicht vergrößert waren. Es geht also implizit auch darum wer die Verantwortung für das späte Erkennen der Krankheit trägt. Auf dieses Thema geht der Arzt nun ein, denn hier sind klare Aussagen möglich. Der Arzt erläutert nochmals die Anamneseschritte und erklärt, dass der Patient einen Sonderfall darstellt. Danach steigt der Patient selbst aus der Thematisie-

---

4 Ob im engeren Sinne Ursache oder Auslöser erfragt werden, bleibt sowohl bei der Patientenfrage als auch der Antwort des Arztes unklar.

rung der Ursachen und der Vorgeschichte aus und leitet mit „SO und wie geht es jetzt wEiter?“ in die konkrete Therapieplanung über.

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

*Beispiel 2: Haarzelleukämie*

```

389  GW01  <<p> hm_hm,>
390          (1.4)
391          °hhh darf ich noch was FRAGEN,
392          ich hab noch net ganz verSTANDen;=
393          diese HAAR (.) zell (.) leukämie;
394          °hh ähm,
395          °h (1.1)
396          wie muss ich mir das VORstellen;
397          da entsteht dann plötzlich IRgendwas im knochemark?
398          was dann SOzusagen diese blut äh äh blut äh äh zellen,
399          also diese ROten weißen und die blUtplättchen,
400          °h ähm ZAHL verrIngert?=  

401          =also w_wie- (.)
402          ich weiß net so richtig wie ich mir das VORstellen soll;
403          °hhh is äh-
404  AM03   °hh ÄHM-
405          (--)
406          JA das_s gUt dass sie da nAchfragen;
407          also knOchenmark is ja die BLUT (.) fabrik;
408          (. . .)
422  AM03   da ham wir AUCH gemessen,
423          (-) das ist zweifelsFREI so,
424          (---) EIne (.) <<sehr deutlich> MUtAtIon> in dieser zelle
425          stattgefunden.
426          is ja MEISTens so;
427          die ALLer (.) Aller (.) meisten krEbsformen,
428  PM29    hm_hm,
429          (1.0)
429  AM03   sind zurückzuführen auf EIne (.) oder mEhrere,
```



430           (-- ) mUtaTIONen;  
 431           im erbgut DIEser zelle.  
 432           (-) [ja,    ]  
 433 GW01       [hm\_hm, ]  
 434           <<p>hm\_hm,>  
 (. . . )  
 457 GW01      hm\_hm,>  
 458           (-) und wie kommt diese MUTationen zustande?  
 459           was is der AUSlöser,  
 460 AM03       (-- ) WIE (.) das is;  
 461           (-) [öh eine sch] so genannte sponTAN (.) mutation;  
 462 GW01       [einfach SO, ]  
 463           [oKAY, ]  
 464 PM29       [aHA,    ]  
 465 GW01       (---)  
 466 PM29       ((hustet))  
 467 AM03       eine <sehr deutlich <sponTA:Nmutation>>.  
 468 GW01       hm\_hm,  
 469           (---)  
 470 AM03       WIE-  
 471           also das is ja der PUNKT,  
 472           KREBS,  
 473           (-) wird,  
 474           (---)  
 475 GW01       hm\_hm,  
 476 AM03       (-- ) IMmer IMmer häufiger,  
 477           waRUM,  
 478           weil die menschen immer immer ÄLter werden,  
 479           (-) ja?  
 480           (---) es is eine erkrAnkung eigentlich des ÄLteren menschen;  
 481           (-) in Unserem LE:ben;  
 482           was MEInen sie während wir hier sITzen;  
 483           entstehen TAUsende oder milliOnen von mutatiOnen,  
 484 PM29       hm\_hm,  
 485 AM03       die das kÖrper (.) reparaTURsystem aber wieder (-) korrigIeren  
             kann;  
 486 GW01       hm,=  
 487 PM29       =JA:\_ja;  
 488 AM03       aber naTÜrlich ist das nicht hUndertprozentig sICher das system;  
 489 GW01       <<p>hm\_hm;>

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

527            [ <<p> ja,> ]  
 528 PM29    [ hm\_hm;    ]  
 529 GW01    <<p> oKAY,>  
 530            <<p> ja,>  
 531            (--) <<p> oKAY;>  
 532            gut.

Zum Gesprächsende thematisiert die Schwester des Patienten ihr Problem, das Entstehen der Krebserkrankung nachzuvollziehen. Dabei spielt vor allem eine Rolle, dass sie nicht versteht, wie „dann plötzlich IRgendwas im knochenmark“ (Z. 397) entstehen soll – sie fragt dabei explizit nach dem „AUSlöser“ (Z. 459).<sup>5</sup> Der Arzt setzt in der Folge mit einer langen Erklärung an, wobei die Mutation für die ÄrztInnen den relevanten Ursachenpunkt darstellt. Für die PatientInnen und deren Angehörige ist das aber eine unbefriedigende Erklärung, da die Entstehungsfrage damit lediglich von „Wie entsteht Krebs?“ zu „Wie entsteht die Mutation?“ verschoben wird. Genau diese Frage stellt die Schwester in Z. 458 und setzt damit ihr Interesse am Feststellen eines Auslösers der Krankheit relevant. Der Arzt beantwortet die Frage mit dem Fachbegriff („eine sch so genannte sponTAN (.) mutation“; Z. 461), während parallel GW01 selbst mit „einfach SO“ (Z. 462) alltagssprachlich mit einem Gemeinplatz die gleiche Antwort liefert. Sowohl der Patient als auch die Schwester quittieren die Antwort des Arztes mit eher zögernden, abwartenden Signalen mit steigender Tonhöhe, die zur Fortsetzung der Erläuterung durch den Arzt einladen („oKAY,“ und „aHA,“; Z. 463–464). Der Arzt wiederholt den Fachbegriff und liefert dann eine Erklärung für Spontanmutationen, die im Laufe des Alters einfach aufgrund der schieren Menge an Mutationen immer wahrscheinlicher vom Körper nicht korrigiert werden können (Z. 485). Die Schwester des Patienten führt gegen diese Erklärung an, dass ihr Bruder mit fünfzig Jahren noch nicht sehr alt sei (sie sagt zwar „net wirklich jung“ (Z. 492), dies ist jedoch im Kontext und auch belegbar durch die Reaktion des Arztes als ein Versprecher zu werten). Der Arzt erinnert daran, dass Krebs nicht nur ältere Menschen befällt („es gibt KINder die krebs haben“; Z. 493), womit er selbst einräumt, dass die Kausalerklärung durch das Alter nicht ausreichend ist. Dies führt dann schließlich zur Kapitulation vor jeglicher Ursachenfeststellung, indem durch den Gemeinplatz (Gülich 1978) bzw. die „Kontext-Prägung“ (Feilke 1996: 307) „es is SCHICKsalhaft“ (Z. 500) an die Akzeptanz der Nicht-Bestimmbarkeit von Auslösern und Ursachen – und

---

5 Im gesamten Gespräch zeigt sich, dass Arzt, Patientin und Lebensgefährte gleichermaßen (und gleichermaßen unscharf) von Auslösern und Ursachen sprechen.

implizit damit auch die Aufgabe der Suche nach Verantwortung – appelliert wird. Der Gemeinplatz wird durch den Patienten als solcher explizit bezeichnet und akzeptiert („SPRICHwörtlich. Ja.“; Z. 503–504). Entsprechend wird von der Ursachen-thematik auf die Vererbungskausalität gewechselt. Hier verfügt der Arzt über medizinisch gesichertes Wissen, indem er für diese Krebsart jegliche Vererbung ausschließen kann. Damit endet die umfangreiche, von der Patientin initiierte Sequenz zu Auslösern, Ursachen und Vererbung.

## 3.2 Krebs und Lebensstil

In der öffentlichen Wahrnehmung spielen physische und psychische Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Ernährung oder Stress eine zentrale Rolle. Explizite Ursachenfragen, die mit dem Lebensstil zusammenhängen, gehen in den untersuchten Daten entsprechend immer von den PatientInnen aus, die sich unsicher darüber sind, ob sie z. B. durch ihre Ernährung selbst am Entstehen der Krebskrankheit beteiligt waren, wie im folgenden Auszug aus einem Gespräch mit einer Patientin mit chronisch myelomonozytärer Leukämie:

### *Beispiel 3: chronische myelomonozytäre Leukämie*

319 PW38 [°hh ] ä:h wo ich NOCH ne frage zu hab,  
 320 ich hab äh schon JAHre lang des ähm;  
 321 (---) wegen WAdenkrämpfe;  
 322 AM00 (-) maGNesium;  
 323 PW38 (-) ja: aber die die äh taBLETten.  
 324 weil man die äh-  
 325 NICH die tabletten.  
 326 die BRAUsetabletten.  
 327 (--) weil man die andern naja nicht mehr verSCHRIEben bekommen  
 hat,  
 328 (---) da kann das NICH mit zusAMmenhängen;=ne,  
 329 AM00 RIChtig,  
 330 (.) DA,  
 331 kann das NICHT,  
 332 PW38 gut;  
 333 AM00 mit,  
 334 zuSAMmenhängen.  
 335 [das STIMMT,]  
 336 PW38 [und mit zi ]TROnensprudel,  
 337 den kaloRIENarmen,

338           den ich zuHAUse trink,  
 339           AUCH nicht;  
 340           (1.4)  
 341   AM00   RIChtig.  
 342           (-) es GIBT,  
 343           (-) KEIne,  
 344           (-- ) erNÄhrungsgewohnheiten;=ja,  
 345           (-- ) die,  
 346           (---) zu DIEser art der erkrankung,  
 347   PW38   <<p> FÜHren können;>  
 348   AM00   FÜHRN.  
 349           (.) oKAY,  
 350   PW38   <<p> ja;>  
 351   AM00   (-- ) UNAbhängig davon;  
 352           gilt IMmer;  
 353           und es gilt GRAde (.) für krebspatienten,  
 354           (-- ) dass (---) man sich (-- ) geSUND (-) ernähren soll.  
 355           DAS gilt Immer;  
 356   PW38   hm\_hm;  
 357   AM00   ja?  
 358           (---) das is KLAR;  
 359           ((zieht die Nase hoch)) ALso-  
 360           WIE die behandlung genau aussieht,  
 361           (1.2)  
 362           WAS das bedeutet;  
 363           (---) und !WO! die behandlung gemacht wird;  
 364           (-) DAS erklärt ihnen unsere frau dOKtor ((anonymisiert)) nachher  
           noch.

Zum Ende der Diagnosemitteilung und Therapieschilderung bringt die Patientin das Thema Krebs und Ernährung ins Spiel, indem sie sich vergewissert, dass weder die Magnesiumbrausetabletten noch der kalorienarme Zitronensprudel als Auslöser oder Ursache (beides kann hier zutreffen) in Frage kommen. Beides sind insofern ‚Kandidaten‘ für ernährungsbezogene Auslöser, als Tabletten nicht zur ‚normalen‘ Ernährung gehören und daher in Verdacht geraten können, und kalorienarme Getränke Süßstoffe enthalten, die medial immer wieder mit Krebs in Verbindung gebracht werden – gesunde Ernährung liegt in der Verantwortung des Einzelnen und ungesunde Ernährung kann bekanntermaßen Krankheiten auslösen. Der Arzt greift ähnlich wie im vorigen Beispiel das Thema Ernährung auf und stellt pauschal fest, dass keine bekannte Korrelation

vorliegt. Durch die prosodische Realisierung – Rhythmisierung der Äußerung in Z. 335–343 durch Pausen, Realisierung der Äußerung in insgesamt sechs Intonationsphrasen, starke Akzentuierung und ein mitten in den Satz eingeschobenes Vergewisserungssignal (Z. 344) – kontextualisiert er diese Information als besonders wichtig. Die Patientin akzeptiert diese Aussage in Z. 342 mit einer kollaborativen Äußerungsvervollständigung, sie beendet die Äußerung des Arztes und signalisiert damit Zustimmung. Zudem bestätigt sie die Rückfrage „oKAY“ (Z. 344) des Arztes positiv durch „ja;“ (Z. 350). Da ÄrztInnen generell das Patientenwohl im Auge haben müssen und die Absolutheit der Aussage, dass Ernährungsgewohnheiten und die vorliegende Art der Leukämie nicht korrelieren, dazu verleiten könnte, dass PatientInnen nicht mehr auf ihre Ernährung achten, schränkt der Arzt in der Folge ein, dass gesunde Ernährung dennoch „IMmer“ (Z. 352) und „GRade (.) für krebspatienten“ (Z. 353) zu empfehlen ist, was von ihm allerdings als bekanntes Wissen („das is KLAR“; Z. 358) suggeriert wird.

Ein wichtiger Aspekt in den Gesprächen bezüglich des Themenfelds Auslöser/Ursachen und Verantwortungen sind subjektive Krankheitstheorien: Nach Birkner (2006: 153) werden subjektive Krankheitstheorien definiert als „die Vorstellungen, die Patient/innen von den Ursachen ihrer Erkrankung und – damit zusammenhängend – von deren Beeinflussbarkeit und Folgen haben.“ Was subjektive Krankheitstheorien besonders problematisch machen kann, ist die Tatsache, dass sie „Ursachenvorstellungen von Schuld und Strafe“ enthalten können (Birkner 2006: 158). Bei manchen Krankheiten hat dies geringe Auswirkungen, bei anderen dagegen tiefgreifende. Letzteres trifft für subjektive Krankheitstheorien über Krebs zu: Falsche Vorstellungen von der Beeinflussbarkeit der Krebserkrankung durch besondere Diäten können zu Mangelerscheinungen führen oder es kann sogar die Ansicht entstehen, man könne durch eine Änderung des Lebensstils ohne weitere Therapie den Krebs heilen (was zu einer Non-Compliance in Bezug auf die medizinische Therapie führen kann). Ein Beispiel für eine sehr stark vorgefasste und stabile subjektive Krankheitstheorie der letzteren Art offenbart der Lebensgefährte einer Patientin mit einem invasiven duktalem Mammakarzinom. Er geht davon aus, dass Stress der Auslöser war und drängt die Ärztin geradezu dazu, Argumente für seine Position zu liefern (Patientin PW und Lebensgefährte LM sprechen mit einem leichten möglicherweise portugiesischen oder spanischen Akzent):

*Beispiel 4: invasives duktales Mammakarzinom*

0176 AW14 weil das wichtigste für SIE dass sie gesund werden,  
 0177 ist dass der tumor RAUS aus dem körper kommt.  
 0178 (1.5)  
 0179 PW69 <<p> ja.>

0180 LM °h von WAS kommen diese;  
 0181 AW14 wenn man WÜSste wovon [brUstkrebs] kommt,  
 0182 LM [a:rt, ]  
 0183 ja man investiert milliARden sogar;  
 0184 bis JETZT;  
 0185 schon seit hUndert millionen jahre invesTIERT man;  
 0186 und KEINer weiß bescheid.  
 0187 [KEIN ] mIllimeter wEiter;  
 0188 AW14 [GE nau.]  
 0189 LM wOzu diese [investiTION;]  
 0190 AW14 [es ist eine ] MULTifaktorielles geschEhen,  
 0191 LM [ja;]  
 0192 AW14 [es ] gibt nicht EIne ursache,  
 0193 wenn wir die ursachen KENnen würden,  
 0194 könnten wir\_s von AN[fang an,]  
 0195 LM [STRESS; ]  
 0196 (--)  
 0197 LM muss man mal [daZU sagen;]  
 0198 AW14 [also es is ] SICHer.  
 0199 [STRESS, ]  
 0200 LM [erNÄHrung,]  
 0201 AW14 es ist erNÄHrung,  
 0202 [es is SPORT, ]  
 0203 LM [imMUNschwäche,]  
 0204 AW14 es ist geNETik,  
 0205 es gibt (.) sEhr sehr VIEle;  
 0206 (---) ähm,  
 0207 (--) Ursachen die\_s haben KANN,  
 0208 und wenn man alles ein BISSchen zusammennimmt,  
 0209 KANN sowas einfach entstehen.  
 0210 ja:;  
 0211 LM A:Hso.  
 0212 STRESS.  
 0213 AW14 hm\_hm;  
 0214 (1.4)  
 0215 LM in diesem beruf is schOn bisschen STRESS.  
 0216 AW14 <<p> ja::;>  
 0217 LM mehr als (-) in ein AN[deren (beruf),]  
 0218 AW14 [was MACHen sie ] denn,  
 0219 PW69 ich bin beim deutsche rote KREUZ,

0220 gewEsen [SCHWEster,]  
 0221 AW14 [hm\_hm, ]  
 0222 PW69 °h also rote KREUZ schwester,  
 0223 IMmer im dienst [immer,]  
 0224 LM [ja, ]  
 0225 PW69 [kein FREI, ]  
 0226 LM [wenig beZAhlung;]  
 0227 AW14 °hh  
 0228 PW69 [ja::;; ]  
 0229 LM [VIEL (.) zu tun,]  
 0230 PW69 <<p> ja::;>  
 0231 LM [alLEIne manchmal,]  
 0232 PW69 [(die GANze zeit; )]  
 0233 LM [zu ZWEIT, ]  
 0234 PW69 [seit SIEBzehn] jahre bin ich dOrt;  
 0235 AW14 [hm\_hm; ]  
 0236 PW69 [auf die] GLEIche stelle;\_ja,  
 0237 LM (und) das IST dann halt so.  
 0238 AW14 °hh SICHer auch,  
 0239 also was man AUCH weiß und erforscht hat,  
 0240 ist das viel WECHsel schichten,  
 0241 so NACHT [schichten und ] sowas,  
 0242 PW69 [<<aufgeregt> JA\_ja,> ]  
 0243 AW14 (-) sowas KANN auch des [krEbsrisiko ] erhöhen,  
 0244 PW69 [ich hab ((xxx)),]  
 0245 PW69 ja;  
 0246 AW14 [da GIBT es,]  
 0247 LM [A::hso; ]  
 0248 SEH\_N sie?  
 0249 [das IS,]  
 0250 AW14 [gibt es] STUdien aus däne[mark] die das bewiesen haben,  
 0251 PW69 [ja; ]  
 0252 LM das HEIBT,  
 0253 LM wenn wir mal ein bisschen kombiNIeren,  
 0254 und das bedeutet es ist (-) eine ART,  
 0255 (1.5)  
 0256 verMINderung von (-) aggressIven in (-) mIttlere stufe,  
 0257 (-) durch die (.) STRESSabbau,  
 0258 durch eine Ausgeglichenes (-) [ARbeitsklima; ]



0259 AW14 [sie werden den Tumor] nicht  
mehr wegstreichen;  
0260 AW14 was DA ist ist [da; ]  
0261 PW69 [ist DA;]  
0262 AW14 wenn sie jetzt Sagen,  
0263 von heute auf Morgen,  
0264 ich mach mir jetzt ein schönes Leben;  
0265 und mach m\_meinen kompletten stress schalt ich AUS,  
0266 wird dieser tumor nicht verschwinden;  
0267 (-) des Einzigen was ihnen passieren kann,  
0268 ist dass der Weiter wächst,  
0269 der sitzt Relativ nah an der achselhöhle,  
0270 im SCHLIMMsten fall kann es ihnen passieren,  
0271 PW69 [((xxx))]  
0272 AW14 [dass ] der streut in die LYMPH[knoten; ]  
((ab da über das Krankheitsbild))

Nach der Diagnose- und ersten Therapieschilderung initiiert der Lebensgefährte LM das Themenfeld der Auslöser und Ursachen (auch hier wieder wird beides nebeneinander ohne Abgrenzung verwendet: Immunschwäche, Genetik, Stress, Ernährung werden alle als Ursachen genannt, wobei letztere zugleich auch Auslöser im engeren Sinn sein können). Die Ärztin gesteht eine völlige Unkenntnis der Medizin bezüglich der Ursachen ein, was LM mit seiner Kritik an ergebnisloser, milliardenschwerer Forschung aufgreift, die ohne weitere Einschränkung durch die Ärztin mit „Genau“ (Z. 0188) bestätigt wird. Auf den Vorwurf „wOzu diese investITION“ (Z. 0189) durch LM gibt die Ärztin in Z. 0190 erst die fachterminologische Antwort, Krebs sei ein „MULTifaktorielles geschEhen“ – vgl. die Diskussion in Abschnitt 2 von Sontags (1978: 61) Hypothese, dass der Rekurs auf die Multifaktorialität im Endeffekt nichts weiter als das Zugeständnis sei, dass die Ursachenkenntnis unbekannt ist –, die sie dann alltagssprachlich umschreibt (Z. 0192). LM beginnt nun mit „STRESS“ (Z. 0195) einen möglichen Auslöser zu nennen. Die Ärztin greift dies auf, parallel erweitert LM in Z. 0200 die Liste durch „erNÄhrung“ und in Z. 0203 durch „imMUMschwäche“, während die Ärztin Sport und Genetik als weitere Ursachenfaktoren hinzufügt und schließlich betont, dass es das Zusammenwirken der Ursachen ist, das möglicherweise Krebs auslöst. Während bis zu dieser Stelle die Beiträge von LM darauf hindeuten schienen, dass er die These der multifaktoriellen Entstehung unterstützt – schließlich lieferte er selbst drei mögliche Ursachen –, zeigt sich nun aber, dass er bereits eine Krankheitstheorie hat: Mit dem Erkenntnisprozessmarker „A:Hso.“ (Z. 0211) wird normalerweise eine Information im Sinne von

„ich habe eine Information erhalten und habe keine weiteren Fragen dazu“ (Imo 2009: 78) als zufriedenstellend quittiert, d. h. es wäre hier erwartbar, dass er die Multifaktorialität anerkennt. Das folgende „STRESS“ (Z. 0212) zeigt aber, dass er die vorige Liste in seinem Sinne interpretiert hat und es ihm primär um die Akzeptanz von Stress als Ursachenfaktor durch die Ärztin ging. Die übrigen Faktoren werden von ihm ausgeklammert. Nach einer zunächst schwach zustimmenden Reaktion durch die Ärztin und einer Pause beharrt LM auf seiner Ursachenbestimmung, indem er den Beruf von PW als stressiger als andere Berufe bezeichnet (Z. 0215–0217) und damit dem stressigen Beruf die Verantwortung für die Krebsentstehung zuweist. Die Ärztin greift das Thema schließlich auf und fragt die Patientin nach ihrem Beruf. Gemeinsam beklagen sich nun PW und LM über Stressfaktoren in diesem Beruf (zu wenig Freizeit, zu schlechte Bezahlung, zu hohe Arbeitsbelastung). Diese flüssige kollaborative Klage der beiden zeigt, dass es sich hier um eine Struktur des Wiedererzählens (vgl. Schumann et al. 2015 zu Formen und Funktionen des Wiedererzählens von Episoden) handelt, dass also beide in der Situations einschätzung übereinstimmen. Es ist zu vermuten, dass beide schon zuvor über Stress als Krankheitsauslöser gesprochen haben und entsprechend auch diese subjektive Krankheitstheorie teilen. Ein Beleg dafür könnte sein, dass, nachdem die Ärztin die Annahme bestätigt, dass Stress ein Faktor sein kann und dies zudem als durch Forschung gesichertes Wissen darstellt, die Patientin aufgeregt zustimmend mit „JA ja“ (Z. 0242) reagiert, sich also bestätigt sieht. Die Reaktion von LM, das triumphale an die Ärztin gerichtete „SEH\_N sie“ (Z. 0248), legt darüber hinaus retrospektiv offen, dass er der von der Ärztin zu Beginn gelieferten Erklärung der zahlreichen Ursachen, die noch dazu nicht sicher bestätigt sind, keinen Glauben schenkt. Er deutet das Eingehen der Ärztin auf Stress als eine *mögliche* Ursache als Beleg für eine *eindeutige* Ursache und setzt direkt mit der darauf aufbauenden Schlussfolgerung an, dass eine Verminderung des Stresspegels den Krebs von einer aggressiven in eine „mittlere stufe“ (Z. 0256) umwandeln könne. Hier zeigt sich die Gefahr von subjektiven Krankheitstheorien, die auf Kausalattributionen beruhen: Während die Schlussfolgerung, in Zukunft Stress zu vermeiden, sicherlich gesundheitlich sinnvoll ist (allerdings keinen Schutz vor Krebs bietet), ist die Schlussfolgerung, durch Stressreduktion Krebs zu therapieren, lebensgefährlich und birgt die Gefahr einer Non-Compliance der vorgeschlagenen medizinischen Therapie. Entsprechend greift die Ärztin auch sofort ein, sie unterbricht LM (Z. 0259) und stellt unmissverständlich fest, dass der Tumor so nicht entfernt werden kann, was durch den Gemeinplatz „was DA ist ist da:“ (Z. 0260) bekräftigt wird. Die Patientin signalisiert ihre Akzeptanz dieser Einschätzung durch die parallele Äußerungsvervollständigung („ist DA“; Z. 0261). Trotz der Zustimmung erläutert die Ärztin darauf nochmals in einer längeren Ausführung (Z. 0262–0272), dass Stressreduktion in keinem Fall einen Therapieerfolg zeitigen wird. Die Stelle zeigt

zugleich auch nochmals deutlich auf, dass und warum der Fokus der ÄrztInnen auf der Therapie und nicht der Ursache liegt: Nicht nur sind Ursachen oft gar nicht bekannt, sondern selbst dann, wenn sie bekannt sind (wie im Falle des Rauchens), kann ohnehin nichts mehr dagegen getan werden. Ursachen spielen also keine Rolle oder haben bestenfalls den Charakter von Empfehlungen für eine zukünftige Verbesserung der Lebensweise (Rauchen aufgeben, Sport treiben, auf ausgewogene Ernährung achten), die allerdings den sehr generellen Charakter einer Binsenweisheit zum gesunden Leben haben und auf die Schaffung eines guten gesundheitlichen Hintergrunds für die Therapie abzielen.

## 4 Fazit

Ein Aspekt, der sich wie ein roter Faden durch die Gespräche zieht, ist die Verwendung von Gemeinplätzen wie *das ist schicksalshaft*, *das ist halt/einfach so*, *was da ist ist da* oder *das passiert einfach so*. Es handelt sich dabei um verbale Strategien, mit denen die ÄrztInnen rhetorisch an die PatientInnen appellieren, das Thema der Auslöser- und Ursachenforschung und damit implizit auch das Nachdenken über die eigene Verantwortung aufzugeben und sich der zentralen Agenda der ÄrztInnen, dem Fokus auf die in die Zukunft gerichtete Therapie, anzuschließen, und mit denen umgekehrt auch PatientInnen versuchen, die Krankheit zu akzeptieren und ‚verstehbar‘ zu machen. Nicht ohne Grund taucht dabei häufig auch die Modalpartikel *einfach* auf (vgl. zu weiteren Fällen Imo 2020), die ebenfalls alltagsrhetorisch die Aufgabe hat, beim Gesprächspartner einen Verzicht des Einforderns von Details zu bewirken. Es zeigte sich allerdings, dass dieser Appell an das unhinterfragte Akzeptieren von den PatientInnen nicht ohne Weiteres akzeptiert wird. Meist müssen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin erst in einer längeren Sequenz die Relevanzen aushandeln, bis sich die Sicht der ÄrztInnen zumindest auf der Oberfläche, d. h. im beobachtbaren Rahmen des Gesprächs, durchsetzt. Der *common ground* ist damit für die Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche hergestellt. Ob aber die PatientInnen ihren Fokus auf Kausalattributionen tatsächlich auch global und nicht nur lokal aufgeben und auf die Rekonstruktion ihrer Krankheitsgeschichte dann auch wirklich verzichten, bleibt fraglich. Hier wäre eine Anschlussforschung mittels Fragebögen das geeignete Mittel, um zu erforschen, ob und inwieweit die Frage nach Auslösern, Ursachen und Verantwortung (die implizit fast immer bei diesen Fragen mitschwingt) während und nach der Therapie weiter eine Rolle im Leben der PatientInnen spielt und wie erfolgreich die ÄrztInnen bei ihrer Aufgabe der Refokussierung der Patienten Anliegen weg von der Ursachenforschung hin zur Krebstherapie sind.

## Literatur

- Bentz, Martin, Martin Binnenhei, Georgios Coussios, 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* 72, 1–43. <http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/wp-content/uploads/2016/08/Bentz-et-al.-2016-Von-der-Pathologie-zum-Patienten.pdf> (letzter Zugriff: 13.10.2020).
- Birkner, Karin (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 152–183.
- Feilke, Helmuth (1996): *Sprache als soziale Gestalt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gülich, Elisabeth (1978): „Was sein muß, muß sein.“ Überlegungen zum Gemeinplatz und seiner Verwendung. *Bielefelder Papiere zur Linguistik und Literaturwissenschaft* 7, 1–41.
- Imo, Wolfgang (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker („change-of-state tokens“) im Deutschen. In Susanne Günthner & Jörg Bücker (Hrsg.), *Grammatik im Gespräch*, 57–86. Berlin: De Gruyter.
- Imo, Wolfgang (2020): Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten. *Spln* 83. (<http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier83.pdf>) (letzter Zugriff: 13.10.2020).
- Imo, Wolfgang & Evelyn Ziegler (2018): Situiertere Konstruktionen: das Personalpronomen *man* im Kontext der Aushandlung von Einstellungen zu migrationsbedingter Mehrsprachigkeit. *OBST* 94, 75–104.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme Case Formulations: A way of legitimating claims. *Human Studies* 9, 219–229.
- Schumann, Elke, Elisabeth Gülich, Gabriele Lucius-Hoene & Stefan Pfänder (Hrsg.) (2015): *Wiedererzählen: Formen und Funktionen einer kulturellen Praxis*. Bielefeld: Transcript.
- Selting, Margret, Peter Auer, Birgit Barden, Jörg Bergmann, Elizabeth Couper-Kuhlen, Susanne Günthner, Christoph Meier, Uta Quasthoff, Peter Schlobinski & Susanne Uhmann (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 353–402.
- Sontag, Susan (1978): *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.