

Marlen Buß

Vertrauensarbeit in onkologischen Gesprächen: Strategien der Vertrauensreparatur in ‚kritischen Momenten‘

Abstract: Trust is crucial in medical interactions due to the complexity and uncertainty that patients face regarding future actions, especially as laypersons often are not familiar with the processes involved. This paper explores trust dynamics in oncology, a field marked by complex treatments and high personal risk, aiming to systematically capture the phases of trust-building and identifying strategies doctors can use in sensitive situations to prevent trust loss. Utilizing ethnomethodological and conversation analytic approaches, the analysis aims to explore these trust-dynamics in so called ‚critical situations‘, while exploring the focus of patients’ trust or distrust in the oncological healthcare context. This approach underlines the essential role that trust plays in steering through the intricate and perilous aspects of oncological care, reflecting on how trust within doctor-patient communication is continuously built up and challenged at the same time.

Keywords: oncological therapy planning talks, interactional linguistics, trust-building strategies, doctor-patient communication, healthcare communication challenges

1 Einleitung

Vertrauen Sie ihrer Ärztin?

Vertrauen ist in medizinischen Interaktionen unabdingbar. Das liegt zum einen daran, dass institutionelle Kommunikation für Laien vielfältige Handlungsoptionen bereithält, also Unklarheit in Bezug auf zukünftige Handlungsoptionen besteht, weil „Institutions-Laien“ (Koerfer 2013: 79) mit entsprechenden institutionellen Vorgängen in der Regel nicht vertraut sind. Wird Vertrauen mit Luhmann als „Form der Reduktion von Komplexität“ (Luhmann 2014: 9) verstanden, so bedeutet das für Behördengänge, Mitarbeiter:innen hinsichtlich unbekannter Abläufe Vertrauen

schenken zu müssen.¹ In medizinischen Gesprächen mutieren Entscheidungen über in der Zukunft liegende Handlungsoptionen tatsächlich zu einer „riskanten Vorleistung“ (Luhmann 2014: 27), die sich auf die eigene Gesundheit auswirkt und im schlimmsten Fall zwischen Leben und Tod entscheidet. Zum anderen lässt sich das Gespräch zwischen Ärzt:innen und Patient:innen als Herzstück des Gesundheitswesens bezeichnen, das die psychosoziale Grundlage für die Behandlung schafft (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 29). Das heißt, insbesondere in der asymmetrisch geprägten Kommunikationssituation des Ärzt:innen-Patient:innen-Gesprächs muss Vertrauen kontinuierlich gepflegt und aktualisiert werden. Erschwerend hinzu kommt, dass sich die Vertrauensfrage in Zeiten von „Dr. Google“, Bewertungsportalen und Gesundheitsforen verschärft hat – das ‚blinde Vertrauen in Halbgötter in Weiß‘ hat sich längst zu einem alten Mythos entwickelt.

Der vorliegende Beitrag widmet sich einem Handlungskontext, der für Patient:innen mit komplexen Behandlungsvorgängen und einem hohen eigenen Risiko hinsichtlich zukünftiger Handlungsoptionen einhergeht: In der Onkologie werden Patient:innen durch das Zusammenwirken von Expert:innen verschiedener Fachbereiche mit einer Vielzahl ungewisser Parameter konfrontiert (vgl. Imo 2016: 7, vgl. ebenfalls den Beitrag von Imo in diesem Band) und müssen gleichzeitig ihre eigenen Emotionen verarbeiten. Ziel des Beitrags ist es, Phasen der Vertrauensarbeit in onkologischen Gesprächen systematisch zu erfassen und konkrete Strategien zu identifizieren, auf die Ärzt:innen in ‚heiklen‘ Situationen (in denen ein Vertrauensverlust drohen kann) zurückgreifen. Daran anknüpfend soll der Frage nachgegangen werden, an wen bzw. was die patientenseitigen Vertrauens- oder Misstrauensbekundungen gerichtet sind. Die methodische Grundlage der Untersuchung bilden Ansätze der ethnomethodologischen Konversationsanalyse und der Interaktionalen Linguistik (vgl. Imo & Lanwer 2019).

2 Vertrauen

Die Wurzeln der Vertrauensforschung gehen hauptsächlich auf Ausführungen aus den Fachbereichen Soziologie (u. a. Simmel 1922; Schweer & Thies 2003; Endreß 2002; Endreß 2014 und Endreß in diesem Band) und Psychologie (u. a. Schweer 2010; Thies 2010; Thies 2022) zurück. Das Interesse an der Erforschung von Ver-

¹ „Müssen“ deshalb, weil Vertrauen laut Luhmann (2014) einen elementaren Stellenwert im sozialen Miteinander einnimmt: „Der Mensch hat zwar in vielen Situationen die Wahl, ob er in bestimmten Hinsichten Vertrauen schenken will oder nicht. Ohne jegliches Vertrauen aber könnte er morgens sein Bett nicht verlassen“ (Luhmann 2014: 1).

trauen hat im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte jedoch eine Ausweitung auf verschiedenste Disziplinen erfahren: Vertrauen wird anhand diverser Handlungsfelder wie Politik (u. a. Braun 2013; Schwer 2003; Oberreuter 2010), Pädagogik (u. a. Oelkers & Sundermann 2022; Hummel & Anders 2022; zu Vertrauen aus Sicht der Erziehungswissenschaft vgl. auch Bormann in diesem Band) oder Medizin (u. a. Beier 2022; Marckmann 2010; Anderson & Dedrick 1990; Hall et al. 2002) untersucht und hat sich zu einem interdisziplinären Forschungsfeld etabliert (zu einem Überblick vgl. Schwer 2022). Auch in der Linguistik rückt die Vielzahl interdisziplinärer Ansätze, die Vertrauen untersuchen, ins Blickfeld (so etwa im Bereich der Wirtschaftskommunikation: siehe bspw. Reinmuth 2009 oder Ehmke 2019). Im Bereich der linguistischen Vertrauensforschung sind u. a. Grundlagenwerke (vgl. Schäfer 2016), pragmatistisch orientierte Analysen (vgl. Schäfer 2013), diskursanalytische Arbeiten (vgl. Belosevic 2022) und interaktionslinguistische Untersuchungen (vgl. Imo 2016 und Imo in diesem Band) erschienen. Empirische Zugänge zu Vertrauen in der Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen finden bislang jedoch nur unzureichend Berücksichtigung: So wird ‚Vertrauen‘ im Rahmen medizinischer Gespräche als Subkategorie des jeweiligen Untersuchungsgegenstands stets ‚mitanalysiert‘ (so z. B. von Wiesmann 2021); eine empirische Untersuchung zur dezidierten Untersuchung von Vertrauen bleibt jedoch weitestgehend aus (ausgenommen Rosumek 1990, die sprachliche Rituale als vertrauensbildende Maßnahmen untersucht). An dieser Stelle knüpft der vorliegende Beitrag an. Im Hinblick auf die Analyse werden nun zunächst zentrale Termini eingeführt und ein linguistischer Zugang zu Vertrauen vorgestellt.

Wie in der Einleitung angedeutet, wird Vertrauen in diesem Beitrag als soziale Einstellung verstanden, die kognitive Komponenten (Meinungen über soziale Akteur:innen), affektive Komponenten (Emotionen, die von sozialen Akteur:innen ausgelöst werden) und verhaltensbezogene Komponenten (Handlungen, die auf Verhaltensabsichten zielen) enthält (vgl. Schäfer 2020: 384). Soziale Einstellungen sind eng an semiotische Prozesse gebunden, sprachliche Zeichen übernehmen als „semiotische Ressource“ (Schäfer 2020: 384) eine bedeutende Funktion bei der Vertrauensbildung (vgl. Schäfer 2020: 384; zur semiotischen Sicht auf Vertrauen vgl. Felder in diesem Band). Misstrauen wird in Anlehnung an Luhmann (1973: 78) nicht nur als Gegenteil von Vertrauen, sondern vor allem als „funktionales Äquivalent von Vertrauen“ verstanden. Misstrauen kann also mit der fehlenden Bereitschaft, durch die Übernahme eines Risikos soziale Komplexität zu reduzieren, einhergehen (vgl. Luhmann 1973: 78). Dieses ‚Verneinen‘ zukünftiger Handlungsoptionen ist in medizinischen Kontexten allgemein – vor allem aber in der Onkologie – mit weitreichenden Konsequenzen verbunden (z. B. Nichtbehandlung aus Angst vor Therapien, Verschlechterung der Überlebensprognose durch Misstrauen in Institutionen usw.). Für Ärzt:innen besteht eine wesentliche Aufgabe in der medizinischen Kommunikation

also darin, Vertrauen durch Aspekte der Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit gegenüber dem patientenseitigen Misstrauen abzusichern. Die verwandten Konzepte ‚Glaubwürdigkeit‘ und ‚Vertrauenswürdigkeit‘ sollen nun von ‚Vertrauen‘ abgegrenzt und in Anlehnung an Schäfers (2013: 54–59; vgl. auch Schäfer in diesem Band) Operationalisierungsvorschlag expliziert werden. Schäfer unterscheidet in diesem Zusammenhang vier vertrauensbegünstigende Faktoren (2020: 385): Unter ‚Kompetenz‘ versteht sie die jeweilige (Fach-)Kenntnis bzw. Kompetenz auf dem relevanten Gebiet, mit ‚Konsistenz‘ ist die Stringenz der Selbstdarstellung im Laufe der Zeit sowie der verbal und nonverbal vermittelten Inhalte gemeint. Der dritte Aspekt bezieht sich auf das entgegengebrachte ‚Interesse‘ am Partner und geht mit der Achtung seiner Bedürfnisse, seiner Probleme und dem Interesse an gemeinsamen Themen einher. Zuletzt wird ‚koordiniertes Handeln‘ als Fähigkeit und Bereitschaft dazu, eigenes Handeln mit dem des Partners zu koordinieren, beschrieben. Anhand von Hinweisen auf die Faktoren ‚Kompetenz‘ und ‚Konsistenz‘ wird dem Gegenüber zunächst Glaubwürdigkeit zugeschrieben. Zeigen Rezipient:innen zusätzlich Hinweise auf die Faktoren ‚Interesse‘ oder ‚koordiniertes Handeln‘, hat die Kommunikation Potenzial, als Grundlage für die Zuschreibung von Vertrauenswürdigkeit zu dienen. Glaubwürdigkeit fungiert in diesem Stufenmodell also als Vorstufe von Vertrauenswürdigkeit. Demzufolge wird Vertrauen vor allem dann gefördert, wenn Hinweise auf alle vier Vertrauen begünstigenden Faktoren kommuniziert werden (vgl. Schäfer 2020: 385).

3 Vertrauen in medizinischen Gesprächen

Die nachfolgende Analyse untersucht Vertrauen im Kontext mündlicher Kommunikation und hinterfragt konkret, wie Vertrauen in Gesprächen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen gefördert werden kann. Daher scheint es unerlässlich, zentrale Merkmale eines Gesprächs im Hinblick auf Vertrauen zu erläutern. Kuhnhenh (2016: 157–158) führt in Anlehnung an Deppermann (2008: 8–9) die zentralen Merkmale eines Gesprächs mit Charakteristika der Vertrauensbildung zusammen (Kuhnhenh 2016: 157–158):

- ‚Konstitutivität‘: Vertrauenswürdigkeit und gegenseitiges Vertrauen werden durch Gesprächsereignisse aktiv hergestellt.
- ‚Prozessualität‘: Gesprächsbeiträge haben das Potenzial, Vertrauen zu fördern. Gleichmaßen birgt jeder Beitrag das Risiko, Vertrauen auch wieder abzubauen.
- ‚Interaktivität‘: Vertrauen entsteht in der wechselseitig aufeinander bezogenen Interaktion zwischen Vertrauensgeber und Vertrauensnehmer.

- ‚Methodizität‘: Vertrauensanzeigende Methoden können nicht universell festgelegt werden, sondern variieren je nach Interaktionsgemeinschaft.
- ‚Pragmatizität‘: Das Herstellen von Vertrauen muss nicht Interaktionszweck aller Gesprächsteilnehmenden sein, daher sind bei der Analyse des Gesprächs die Perspektiven aller Sprecher zu bedenken.

Wie sich Charakteristika der Vertrauensbildung in Gesprächen konkret auf medizinische Kommunikation in der Onkologie übertragen lassen, soll anhand nachfolgender Untersuchungsschritte geprüft und anschließend präzisiert werden (zur Anwendung der Kategorien auf Dialoge im Rahmen der Unternehmenskommunikation vgl. den Beitrag von Ebert in diesem Band).

Für medizinische Gespräche müssen darüber hinaus ‚Rollenvertrauen‘ und ‚persönliches Vertrauen‘ voneinander abgegrenzt werden (vgl. Haubl 2012: 29). Unter *Rollenvertrauen* wird im Kontext von Beratungsgesprächen das „Vertrauen des Klienten in die institutionelle Rolle des Beraters“ (Kuhnhehn 2016: 163) verstanden.² *Persönliches Vertrauen* hingegen entstünde, „wenn sich Berater und Klient bereits kennen und der Ratsuchende das Handeln seines Beraters bis zu einem gewissen Grad antizipieren kann“ (Kuhnhehn 2016: 163). Die Rollen als ratgebende Berater:innen und ratsuchende Klient:innen sind durch die institutionalisierte Gesprächssituation zwar im Vorfeld gegeben und präinteraktional zu berücksichtigen, gleichermaßen wird persönliches Vertrauen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen jedoch lokal konstruiert. Daran schließt sich der Übergang zu *systemischem Vertrauen* an, das „alle solche Konzeptionen des Vertrauens ein[schließt], bei denen Vertrauen in eine Organisation, Institution oder auch die Gesellschaft [...] investiert wird“ (Schweer & Thies 2005: 50)“ (Schäfer 2016: 28).

In Institutionen und Organisationen wird Vertrauen durch Vermittler:innen an Vertrauensnehmer weitergeleitet; die Vorleistung des Vertrauenden besteht „in der unkritischen Verwendung von Informationen, die andere erarbeitet haben [...]“ (Luhmann 2014: 68). Das heißt, der Aspekt der Reziprozität, der persönliches Vertrauen prägt, fällt auf Systemebene weg (vgl. Schäfer 2016: 28). Das Krankenhauspersonal repräsentiert die Institution Krankenhaus und agiert als Vermittlungsinstanz zwischen Institution und Privatperson (vgl. Schäfer 2016: 28). Dieses Wechselspiel zwischen Institution und Privatperson erscheint hinsichtlich der Vertrauensarbeit in medizinischen Gesprächen relevant, da stets die Gefahr von Misstrauensvorbehalten gegenüber Institutionen besteht und die „(mangelnde) Vertrauenswürdigkeit

² In den untersuchten Daten bezieht sich diese Rollenverteilung auf die Beziehungskonstellation behandelnde Person – behandelte Person. Dies hat auch Folgen für den Gegenstand des Vertrauens: Patient:innen müssen nicht nur Vertrauen in die institutionelle Rolle und das diskursive Wissen der behandelnden Person, sondern auch in ihr praktisches Können investieren.

[in Vertreter:innen] [...] häufig im Prozess einer Generalisierung auf das gesamte System übertragen“ (Schäfer 2016: 28) wird. Problematisch ist also, dass mangelndes Vertrauen oder schlechte Erfahrungen auf das gesamte System übertragen werden, sodass Misstrauen gegenüber der Medizin als Disziplin und gegenüber Mediziner:innen als sozialen Akteuren entsteht: Dieses generalisierte Misstrauen zeigt sich in der prominenten „Angst vor dem Krankenhaus“ oder etwa dem „Misstrauen in Medizin oder Mediziner:innen“, das nicht selten im World Wide Web diskutiert wird: „Ich habe Ärzten noch nie vertraut, selbst dem freundlichsten Arzt nicht [...]“³. In der Konsequenz bedeutet das für medizinische Gespräche, Vertrauen als hochfragiles Konzept voranzunehmen, das nicht nur innerhalb des Gesprächs verhandelt werden kann, sondern in Grundzügen bereits die Wissensbestände der Interaktanten prägt. Dementsprechend muss in der Analyse sowohl das von Patient:innen präinteraktional ‚mitgetragene‘ Vertrauen als auch das in der Ärzt:innen-Patient:innen-Kommunikation lokal konstruierte Vertrauen untersucht werden.

4 Daten

Datengrundlage bilden Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen/Begleitpersonen des Gesprächstyps „Diagnosemitteilungs- und Therapieaufklärungsgespräch“. Die verwendeten Daten stammen einerseits aus einem von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekt (vgl. Imo in diesem Band) und andererseits aus einem privaten Korpus von Thomas Spranz-Fogasy (Brustzentrum).⁴ Die der Analyse zugrunde liegenden Gesprächssequenzen wurden anhand Schäfers (2013: 54–59 und in diesem Band) Operationalisierung von Vertrauen ausgewählt. Infolge dieser methodischen Vorüberlegung konnten fünf Gespräche, deren Dauer ca. jeweils 20 Minuten umfasst, im Hinblick auf Vertrauen und Misstrauen untersucht werden.

Im Rahmen der Gespräche werden Patient:innen in Begleitung von Angehörigen oder Begleitpersonen mit ihrer gesicherten Krebsdiagnose konfrontiert und in ihren Therapieplan eingewiesen. Bis zum Zeitpunkt des Gesprächs liegt aus Patientensicht der Verdacht auf eine Krebserkrankung vor, die gesicherte Diagnose wird jedoch erst im Diagnosemitteilungs- und Therapieaufklärungsgespräch selbst mit-

³ Beitrag aus dem Forum gesundheitsfrage.net: Kein Vertrauen in Ärzte (Gesundheit, Medizin, Arzt), gesundheitsfrage.net (letzter Zugriff 01.06.2022).

⁴ Mein besonderer Dank gilt Thomas Spranz-Fogasy für viele hilfreiche Anmerkungen und aufschlussreiche Hinweise in Bezug auf den Beitrag. Für die Bereitstellung der Daten möchte ich außerdem einen Dank an Wolfgang Imo (Universität Hamburg) und das Institut für Sprachwissenschaft der Universität Münster aussprechen.

geteilt (vgl. Imo in diesem Band). Die gesicherte Krebsdiagnose und das Spektrum diverser Behandlungsmethoden (Chemotherapie, Bestrahlung, Operation zum Entfernen des Tumors) sowie die (emotionale) Reaktion der Patient:innen/Begleitpersonen stellen zentrale Kernaspekte des Gesprächs dar und eignen sich folglich, um Untersuchungen an der Schnittstelle zwischen Betroffenheit und Vertrauen in der Onkologie anzustellen. Da es sich bei den Daten übereinstimmend um Diagnosemitteilungs- und Therapieaufklärungsgespräche handelt, gestaltet sich der Untersuchungsablauf in den Gesprächen insgesamt ähnlich. Unterschiedliche Abläufe ergeben sich lediglich in Bezug auf administrative Vorgänge (zum Unterschied zwischen der Frauenklinik und medizinischen Kliniken vgl. Imo in diesem Band). Für beide Korpora liegen Audioaufnahmen vor, die nach GAT 2 (vgl. Selting et al. 2009) transkribiert wurden. Um die Authentizität des Gesprächs weitestmöglich zu erhalten, waren keine Projektmitarbeiter:innen, sondern nur medizinisches Personal anwesend.

5 Analyse

Wie zuvor angedeutet, können Gesprächsteilnehmer:innen anhand bestimmter Faktoren Vertrauen herstellen oder eben Misstrauen begünstigen. Ausgehend von der Annahme, dass sich Ärzt:innen verschiedener, sukzessiver Maßnahmen bedienen, um das Vertrauen von Patient:innen in die Ärzteschaft und in deren Behandlungsmethode(n) abzusichern, konnten in den untersuchten Gesprächen vier zentrale Maßnahmen der Vertrauensarbeit identifiziert werden: Zu Gesprächsbeginn vertrauenskonstituierende (5.1), im Gesprächsverlauf vertrauenserhaltende bzw. -absichernde Maßnahmen (5.2) und in kritischen Sequenzen Strategien zur Vertrauensreparatur (5.3). Darüber hinaus zeichnen sich Ratifizierungsverfahren zur Beendigung ‚kritischer Momente‘ ab (5.4). Schäfers (2013: 54–59 und Schäfer in diesem Band) methodischer Zugriff auf Vertrauen diene im Vorfeld der Untersuchung als Analyseraster zur Identifikation potenziell vertrauens- und misstrauensbegünstigender Gesprächssequenzen. Nachfolgend sollen die jeweiligen Maßnahmen anhand ausgewählter Gesprächsausschnitte konkret benannt und mit theoretischen Annahmen der Vertrauensforschung verknüpft werden.

5.1 Vertrauenskonstitution

Mit vertrauenskonstituierenden Maßnahmen ist jene ‚Vorarbeit‘ der behandelnden Ärzt:innen gemeint, die mit Hilfe sprachlicher Mittel innerhalb der Interaktions-

tuation auf eine Vertrauensbasis zwischen Patient:innen und Ärzt:innen abzielt. In onkologischen Diagnose- bzw. Therapieplanungsgesprächen greifen Ärzt:innen in der Regel auf ein vielfältiges Repertoire vertrauensherstellender Maßnahmen zurück. Vertrauensarbeit wird in dieser frühen Phase des Gesprächs hauptsächlich durch vertrauenserweckende Faktoren wie ‚Interesse‘ (Beispiel 1) und ‚Kompetenz‘ (Beispiel 2) geleistet:

Beispiel 1: wir haben jetzt das ergebnis bekommen

002 AW: wir haben jetzt das erGEBnis bekOmmen;
 003 PW: [ja?]
 004 AW: [von der][FEINge]weblichen untersuchung und,
 005 BW: [is des GUT,]
 006 PW: JA_a;
 007 AW: is eben **leider** NICHT gutarti[g,]
 008 BW: [NICHT] gutartig,
 009 AW: hm_HM;
 010 (0.9) muss ich ihnen **LEIder** sagen,

Diagnosesequenzen in der Onkologie werden nicht selten von dem Adverb *leider* begleitet, das gleich mehrere Funktionen erfüllt. Denkbar wäre, dass Ärzt:innen an dieser Stelle den Versuch wagen, die Rationalität der medizinischen Diagnose durch Adverbien des Bedauerns (*leider*, möglich wäre auch *bedauerlicherweise*) aufzubrechen. Einerseits, um sich selbst als Überbringer der „schlechten Nachricht“ (vgl. Maynard 2016) von dem Befund zu distanzieren, andererseits, um eine Annäherung an die subjektive Erlebenswelt der Patient:innen zu signalisieren – in Bezug auf Vertrauen gesprochen: durch die emotionale Perspektivübernahme Interesse an der (emotionalen) Situation der Patientin zu zeigen. Das „Dilemma zwischen somatisch-medizinischer Diagnose und emotional-motivierter Gefühlsregung“ (Buß 2021: 10) und der daraus resultierende „Balanceakt, zwei Perspektiven des Arbeitens miteinander zu verbinden, die sich diametral gegenüberstehen“ (Buß 2021: 10), lässt sich am Beispiel dieser Minimalsequenz nachvollziehbar machen. Auch wird deutlich, dass durch die wiederholte Verwendung des Adverbs *leider* nicht nur eine eigene Positionierung vorgenommen wird (Bedauern der Diagnosemitteilung), sondern zugleich Anpassungsschritte⁵ an die Lebenswelt der Patientin und damit erste ver-

⁵ Diagnosemitteilungsgespräche stellen für Ärzt:innen einen routinierten Arbeitsvorgang dar. Unter *Anpassungsschritten* sollen in diesem Zusammenhang Bemühungen der Ärzt:innen verstanden werden, die emotionale Ausnahmesituation der Patient:innen angemessen zu rezipieren. Als Beispiel wäre die Unterstützung der Patient:innen mittels „Empathic Responses“ (Wiesmann 2021: 450) anzu-

trauensherstellende Maßnahmen – im Sinne Schäfers Vertrauen begünstigenden Faktors ‚Interesse‘ (2013: 54) – vollzogen werden.

Eine weitere Strategie zur Vertrauenskonstitution nimmt AW im weiteren Verlauf der Diagnosemitteilung vor, indem sie ihrer Patientin (PW) und deren Lebensgefährten (LM) den medizinischen Fachbegriff *Mastopathie* ‚übersetzt‘. Nach dem Muster ‚Fachbegriff – Diskursmarker – Laienübersetzung/Laienbegriff‘ (z. B.: *Metastasen*, also *Absiedlungen*) entsteht so ein sinnvoller Übertrag von Fach- in Laiensprache:

Beispiel 2: des is so ne GUTartige brustveränderung

- 040 AW: und auf der Andern seite rEchts,
 041 äh-
 042 da ist (0.4) so ne MASTopathie,=
 043 =nennt man DES,=
 044 =des ist so ne GUTartige brustveränderung;
 045 LM: [ja.]
 046 PW: [ja;]
 047 AW: ne,
 048 AW: (0.5) also da müsste man dann GAR nix machen,

Im Zuge dessen übernehmen Diskursmarker wie *also* Reformulierungscharakter⁶ und kündigen Erläuterungen der fachmedizinischen Diagnose an. Das hieße für einen gelungenen Kommunikationsaufbau bei Diagnosemitteilungen: Medizinische Fachtermini werden vorgetragen, im Nachgang jedoch in die Alltagssprache der Patient:innen übersetzt. Dieses Vorgehen könnte zudem auf Validierungspraktiken, also Praktiken, in denen Ärzt:innen die Gültigkeit ihrer (Fach-)Expertise unter Beweis stellen, zurückführbar sein. Als Expert:innen ‚müssen‘ sie über das entsprechende Fachwissen verfügen (Validierung als Expert:in in Bezug auf ihre Kompetenz), Fachtermini aber gleichzeitig auch in die Alltagssprache ihrer Patient:innen übersetzen können (Validierung als Expert:in in Bezug auf die Lebenswelt der Patient:innen). Beide Kategorien, ‚Interesse‘ und ‚Kompetenz‘, lassen sich in onkologischen Kontexten als überdurchschnittlich vertrauensbildend operationalisieren.

Die kurze Gesprächssequenz deutet darüber hinaus weitere probate Maßnahmen zur Vertrauensherstellung an, die sich im späteren Gesprächsverlauf wieder-

führen: Ärzt:innen fördern Vertrauen durch empathische Reaktionen auf die patientenseitige emotionale Reaktion (vgl. Wiesmann 2021: 450).

⁶ Zur Klassifikation von Diskursmarkern nach pragmatischen Kriterien vgl. Blühdorn, Foolen & Loureda (2017: 23–25).

finden: Durch Rückmeldesignale (bestätigende Rückmeldesignale wie *ne*, *Hmhm*) bestätigt die Ärztin das Interesse an ihrer Patientin erneut und leistet durch ihr regelmäßiges Rückmeldeverhalten weitere Vertrauensarbeit (mehr zu Rückmeldesignalen vgl. Schwitalla 2002). Im Zusammenhang mit Vertrauen in medizinischen Gesprächen kommt bestätigenden Rückmeldesignalen vor allem deshalb eine zentrale Rolle als vertrauensbildende sprachliche Mittel zu, weil das aktive Zuhören von Ärzt:innen noch immer als seltene Ressource im Krankenhausbetrieb gilt. In onkologischen Diagnose- bzw. Therapieplanungsgesprächen können dementsprechend Praktiken der Validierung (z. B. Übersetzungskompetenz) und konkrete sprachliche Mittel zur Bekundung von Interesse (z. B. Rückmeldesignale, Adverbien des Bedauerns) als vertrauenskonstituierende Maßnahmen bestimmt werden. Anhand dieser Strategien lassen sich ferner konkrete Bezugseinheiten von Vertrauen bzw. Misstrauen festmachen: In Beispiel 1 richtet sich die Äußerung *leider NICHT gutarti[g.]* (Z. 007) auf das Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung. Die vorsichtige Formulierung – auch an der Betonung eines weiteren Tumors als *GUTartige brustveränderung;* (Z. 044) erkennbar – ist vermutlich auf die in Deutschland weit verbreitete Angst vor der Diagnose eines bösartigen Tumors zurückführbar.⁷ In Beispiel 2 wiederum bezieht sich AW auf mögliche Ängste in Bezug auf die Krebstherapie *also da müsste man dann GAR nix machen*, (Z. 048). Es ist davon auszugehen, dass Ärzt:innen insbesondere dann Hinweise auf vertrauensbegünstigende Faktoren einleiten, wenn sie einen möglichen Abbau von Vertrauen (hier aufgrund der negativen Diagnose oder der Therapie) vermuten. Die behandelnde Ärztin weist sich als glaubwürdig („Kompetenz“ hinsichtlich der Übersetzung und der Nicht-Behandlung) und vertrauenswürdig („Interesse“ an den Problemen der Patientin) in ihrer Rolle aus.

5.2 Vertrauenserhaltung: Vorausgreifende Absicherungsstrategien

Parallel zu vertrauenskonstituierenden Maßnahmen wie Rückmeldesignalen und Übersetzungsarbeiten finden weitere Strategien zur Vertrauensherstellung statt, die nachfolgend vertrauenserhaltende „Absicherungsstrategien“ (Imo 2016: 16) genannt werden. Im Unterschied zur ersten Kategorie soll im Verlauf des Gesprächs die bereits hergestellte Vertrauensbasis vertieft und vorausgreifend gegen etwaiges Misstrauen abgesichert werden. Imo (2016: 16) spricht in diesem Fall von

⁷ Im Rahmen einer repräsentativen forsa-Umfrage zu Ängsten vor ausgewählten Krankheiten gaben im Jahr 2017 65 % (73 % im Jahr 2010) der Befragten an, am meisten Angst vor Krebs zu haben. Vgl. dazu: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/641700/umfrage/umfrage-in-deutschland-zur-angst-vor-krankheiten/> (letzter Zugriff 01.03.2023).

Strategien [...], mit denen Ärzte (meist vorausgreifend) ihre eigenen Diagnosen, Therapie-vorschläge und Heilungsprognosen durch Verweise auf Kollegen, die der gleichen Meinung sind, auf etablierte, internationale Behandlungsempfehlungen, auf Studien etc. validieren.

Patient:innen werden also diverse Absicherungsstrategien zuteil, die sich prinzipiell positiv auf das patientenseitige Vertrauen auswirken und gleichzeitig die behandelnden Ärzt:innen als vertrauenswürdig validieren. Neben anfänglicher Vertrauensarbeit durch vertrauenskonstituierende Maßnahmen, lassen sich Absicherungsstrategien als Strategie zur Vertiefung der Vertrauensbildung charakterisieren. Diese etablierten „Absicherungsstrategien“ (Imo 2016: 16) werden nun exemplarisch vorgestellt und systematisch durch weitere Maßnahmen zur Vertrauenserhaltung und -absicherung ergänzt. Dazu gehören folgende Strategien:

1. Verweisen auf eine zweite Meinung (intern oder extern)
2. Expertenkollegium
3. Stand der Wissenschaft
4. Hinweise auf individualisierte Behandlungspläne
5. Verschiebung der Vertrauensebene (institutionelle > persönliche Kommunikationstendenzen)

5.2.1 Zweite Meinung

Zu Imos Absicherungsstrategien gehört etwa das Anbieten einer ‚zweiten Meinung‘ oder das Verweisen auf Expert:innen und etablierte Behandlungsstandards. ‚Zweite Meinungen‘ spielen insofern eine zentrale Rolle in Arzt-Patienten-Gesprächen, als einerseits das Anbieten einer zweiten Meinung für Patient:innen vertrauenserweckend wirkt und andererseits auch das patientenseitige Misstrauen gegenüber Behandlungsmethoden abgebaut werden kann (zum „Problem der zweiten Meinung“ vgl. Imo 2016). Das heißt konkret: Bieten Ärzt:innen ihren Patient:innen im Gespräch die Möglichkeit an, sich eine zweite Meinung einzuholen, kann dies nicht nur das Vertrauen in Ärzt:innen selbst (als soziale Akteure), sondern auch das Vertrauen in Therapieformen etc. stärken (vgl. dazu auch Imo in diesem Band).

5.2.2 Expertenkollegium

Eine Form der zweiten Meinungsbildung kann neben dem Verweis auf externe Ärzt:innen auch durch die Expertise von Kolleg:innen innerhalb einer Institution vorliegen. Dem folgenden Beispiel geht die Diagnose eines bösartigen Tumors und die Erläuterung der Ärztin (AW), welche Therapien grundsätzlich infrage kämen,

voran. Sie bezieht sich dabei nicht nur auf den lokalen Krebsbefund, sondern auch auf die Gefahr möglicher Metastasen und hebt hervor, mit ihrem aktuellen Wissensstand lediglich den Befund, nicht jedoch die konkrete Therapieform angeben zu können:

Beispiel 3: exPERTenkollegium

- 113 AW: das kann ICH aber jetzt im moment-
 114 (0.3) ich kann ihnen nur sagen was es GIBT;
 115 wie des denn genau SEIN wird,
 116 werden sie nachher (0.3) erKLÄRT kriegen,
 117 im rahmen dieses äh **exPERTenkollegiums**,
 118 PW: hm_HM,
 119 AW: die des von **verschiedenen SEIten** dann (0.4) angucken,
 120 und also STRAHlentherapeuten,
 121 un:d ÄH-
 122 CHEmotherapie,
 123 Radiologie,
 124 was man da DENKT,
 125 was für sie in ihrem **Individuellen fall eben genau**
das rIchtige
 126 ist [ne,]
 127 PW: [hm_HM;]

Indem AW ihr Wissen (in der Rolle als Expertin) als situativ begrenzt darstellt *ich kann ihnen nur sagen was es GIBT*; (Z. 114), macht sie nicht nur ihren aktuellen (mit der Patientin geteilten) Wissensstand transparent, sondern demonstriert mit diesem Zugeständnis zugleich ihre Aufrichtigkeit gegenüber der Patientin. Die behandelnde Ärztin referiert also auf ihre Vertrauenswürdigkeit (*ich bin aufrichtig*) und versucht Vertrauen in ihre Rolle als Ärztin zu fördern. Im direkten Anschluss löst sie auf, dass PW *nachher* (Z. 116) im Rahmen eines Expertenkollegiums erfahre, *wie des denn genau SEIN wird*, (Z. 115). AW beruft sich somit auf die Expertise ihrer Kolleg:innen und expliziert, dass es sich um ein *exPERTenkollegium* (Z. 117) handelt, das *genau das rIchtige* (Z. 125) Behandlungskonzept für die Patientin (PW) erstellt. Damit wird nicht nur impliziert, dass es sich um die Zusammenkunft eines heterogenen Expertenteams aus verschiedenen Fachbereichen handelt *die des von verschiedenen SEIten dann (0.4) angucken* (Z. 119), sondern auch betont, dass die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin zugeschnitten ist (*in ihrem Individuellen fall*; Z. 125). An dieser Stelle finden Hinweise auf vertrauensbegünstigende Faktoren wie ‚Kompetenz‘ (Expertenkollegium), ‚koordi-

niertes Handeln‘ (durch die Bereitschaft, das gemeinsame Handeln zu koordinieren) und ‚Interesse‘ (patientenzentriertes Vorgehen) statt, die Vertrauen in das bevorstehende Treffen mit Kolleg:innen absichern. Die Expertise der Institution bzw. der jeweilig ernannten Expert:innen wird hier als unhintergebares Faktum etabliert und präventiv zum Abbau von Misstrauen in den Behandlungsplan, in die Medizin als ‚unpersönliche‘, nicht patientenzentrierte Wissenschaft und in institutionelle Vorgänge allgemein eingesetzt. Letztlich kann durch die Summe der Einzelinteraktionen auch Vertrauen in die Institution und in das System allgemein hergestellt bzw. erhalten werden.

5.2.3 Stand der Wissenschaft

Eine weitere Strategie zum Vertrauensaufbau stellt das Offenlegen der aktuellen wissenschaftlichen Standards im direkten Vergleich zu ‚unzeitgemäßen‘ Behandlungsmethoden dar:

Beispiel 4: heute hat sich eben gezeigt

- 147 AW: also **heute** hat sich eben geZEIGT,
 148 **früher** hat man (0.3) die ganze Brust Abgenommen ne,
 149 PW: hm_HM,
 150 AW: und da hat man aber **HEUTE** gesehen dass des (0.2) im
 grUnde-
 151 von der überlebensrate gar nicht so viel BESSER ist,
 152 PW: hm_HM,

Die Ärztin benennt direkt, weshalb sich moderne Behandlungsstandards durchgesetzt haben. So belegt das Gegensatzpaar *früher* <> *heute* nicht nur die Fachkompetenz der betreuenden Ärztin, sondern eröffnet das Informationsspektrum wissenschaftlichen Fortschritts: Das Aufzeigen des aktuellen Forschungsstands und der Hinweis auf die Evidenzbasiertheit von Medizin *heute hat sich eben geZEIGT* (Z. 147) lässt sich als ‚Vertrauensaufforderung‘ in wissenschaftliche Standards der Medizin allgemein, in die Organisation Krankenhaus als zeitgemäß agierende Institution und letztlich auch in die Ärztin als informierte soziale Akteurin lesen. Womöglich könnte sich auf diese Weise außerdem eine erste Methode zur Vorbeugung recherchierter ‚Wahrheiten‘ (in diesem Fall Brustabnahme bei Brustkrebserkrankung) des World Wide Web etablieren. So ist aus Sicht der Ärztin heute davon auszugehen, dass sich Patient:innen über „Dr. Google“ informieren und dieses Wissen in die Gesprächssituation tragen. Ein ähnliches Vorgehen lässt sich in weiteren Gesprächen ausfindig machen:

Beispiel 5: verschiedene Techniken

079 AW: [also das sind] EINFach,
 080 HEUTE hat man die möglichkeit da **verschiedene tEchniken**,
 081 einfach zu Machen,
 082 (0.4) Also hm-
 083 des Eine ist nicht besser als das Andere,
 084 es muss nur zu dem **passen** was man HAT;
 085 sozuSage[n] ne,
 086 PW: [ja;]

Auch hier verweist die behandelnde Ärztin auf *verschiedene tEchniken* (Z. 080), die sich etabliert haben und an die (individuelle) Diagnose der Patientin angepasst werden *zu dem passen was man HAT* (Z. 84). Im weiteren Verlauf des Gesprächs wird die Nachfrage der Begleitperson (BW), ob die Lymphknoten der Patientin ebenfalls entfernt werden müssten, mit dem Verweis auf den Eingriff als bewährte Praxis und Routinemaßnahme beantwortet *das macht man heutzutage Immer*, (Z. 112). Im Kontext von Vertrauen fungiert das Darlegen des aktuellen Stands der Wissenschaft und der Regelmäßigkeit des Eingriffs als Hinweis auf die Glaubwürdigkeit des Gesagten. So wird durch die vertrauensfördernden Faktoren ‚Kompetenz‘ und ‚Konsistenz‘ gleichzeitig auch der patientenseitige Abbau von Misstrauen gegenüber neuen oder unbekannten Behandlungsmethoden gefördert.

5.2.4 Personalisierte Medizin

Anhand der Transkripte wird das Bemühen der Ärzt:innen deutlich, Patient:innen im Sinne personalisierter Medizin zu behandeln und ihnen einen individuell angepassten Behandlungsplan zu erstellen. Beispiel 3 zeigt, dass Ärzt:innen in diesem Zusammenhang auf die besondere Expertise ihrer Kolleg:innen verweisen. Aus den vertrauensfördernden Äußerungen der Ärztin lässt sich zudem rekonstruieren, worauf sich das patientenseitige Misstrauen bezieht – nämlich auf genormte Standardtherapien, die ohne Berücksichtigung individueller Gegebenheiten eine einheitliche Behandlung vorsehen. Dieses Misstrauen lässt sich vermutlich auf ein traditionelles Medizinverständnis zurückführen, das vor der Etablierung der subjektzentrierten Medizin verbreitet und von einem weitestgehend paternalistischen Verhältnis zwischen Ärzt:innen und Patient:innen geprägt war. Der Stellenwert personalisierter Medizin hat sich nicht nur in den letzten Jahren allgemein, sondern vor allem im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen als Erfolgsindikator erwiesen: So konnten die Heilungschancen und Behandlungsschritte an die

individuellen Gegebenheiten der Patient:innen angepasst und etwaige Risiken minimiert werden⁸. Dementsprechend stellt nicht nur das Feld der personalisierten Medizin selbst, sondern vor allem das Hervorheben der individuellen Betrachtungsweise im Sinne einer modernen Medizin eine herausragende Rolle in Bezug auf vertrauensbildende Maßnahmen dar.

5.2.5 Verschiebung der Vertrauensebene (systemisches > persönliches Vertrauen)

Angesichts eines bevorstehenden Zusammentreffens des Expertenkollegiums erwähnt eine behandelnde Ärztin (AW) in kurzen Abständen, dass sie sich „VORab“ (Z. 240) mit der Patientin (PW) bespricht, um sie auf das spätere Gespräch vorzubereiten:

Beispiel 6: sprech mit ihnen jetzt VORab

- 238 AW: (2.0) und [ICH-]
 239 PW: [<<p> ja;>]
 240 AW: **sprech mit ihnen jetzt VORab**,
 241 weil:: öh: sie diese fragen dann nämlich auch STEllen
 können;
 242 [ne,]
 243 PW: [hm_]HM,
 244 AW: **wenn ich mit ihnen nicht vorher sprEche dann wissen_se**
 245 **überhAUpt [nicht] was_se fragen KÖNnen**;
 246 PW: [hm_HM,]
 247 AW: oder [SO] ja,
 248 LM: [hm_HM;]

Mit der Sprechhandlung *sprech mit ihnen jetzt VORab* (Z. 240) signalisiert die Ärztin ihr Einfühlungsvermögen in die Situation der Patientin (‘Interesse’) und äußert explizit, dass sie bereits Zeit für das Stellen von Fragen eingeplant hat (‘koordiniertes Handeln’). Sie bezieht sich damit auf die patientenseitige Sorge, keine Zeit für Fragen eingeräumt zu bekommen und im Hinblick auf die eigene Erkrankung bzw. das eigene Schicksal ‘uninformiert’ zu bleiben. Demzufolge werden mögliche Ver-

⁸ Siehe hierzu auch: Personalisierte Krebsmedizin | DKG (krebsgesellschaft.de, letzter Zugriff 10.06.2022).

trauenseinbußen gegenüber systembedingten Routineabläufen direkt von der Ärztin eingedämmt. Übergeordnet lässt sich feststellen, dass sie in der Gesprächssequenz eine Verschiebung⁹ von institutionalisierten Sprechvorgängen auf systemischer Vertrauensebene (Diagnose, Therapieplan) zu persönlichem Vertrauen vornimmt (Ratschläge unabhängig von der medizinischen Diagnose): *wenn ich mit ihnen nicht vorher sprEche dann wissen_se überhAUpt [nicht] was_se fragen KÖNnen* (Z. 244–245). Die behandelnde Ärztin versucht also erneut das patientenseitige Misstrauen gegenüber monologisch geführten Gesprächen, die keinen Raum für Fragen lassen, abzubauen. Diese Strategie des ‚Zusammenfindens‘ (Herstellen von Vertrauenswürdigkeit durch Hinweise auf die Faktoren ‚Interesse‘ und ‚koordiniertes Handeln‘) kann als stark vertrauenserhaltende Maßnahme vorangenommen werden, welche die patientenseitige ‚Adhärenz‘¹⁰ positiv beeinflusst. Die zuständige Ärztin arbeitet darüber hinaus auch mit Hilfe rückversichernder Ausdrücke und Rückmeldepartikeln an der Kontaktaufnahme mit der Patientin (*das harte KNÖtelchen da. = gell?*; Z. 88).

Zwischenfazit:

Vorgestellt wurden vertrauenskstituierende und -erhaltende Maßnahmen, die in onkologischen Diagnosegesprächen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen Einsatz finden. Die genannten Strategien verfolgen das Ziel, Misstrauen bei Patient:innen abzubauen bzw. von Anfang an gering zu halten. Unter Berücksichtigung der von Imo etablierten Absicherungsstrategien wurden weitere Maßnahmen der Vertrauensarbeit entwickelt, derer sich Ärzt:innen in verschiedenen Phasen des Gesprächs bedienen. Während vertrauensbildende Strategien zu Beginn des Gesprächs und bei der Diagnosemitteilung idealiter zu einer Vertrauensbasis zwischen Ärzt:in und Patient:in führen, zielen vertrauenserhaltende Strategien auf die Verfestigung des Vertrauens im weiteren Gesprächsverlauf ab: Sie integrieren verschiedene Aspekte, die sich **vertrauensfördernd** auf Patient:innen auswirken und letztlich durch ein Wechselspiel aus **Fachexpertise** (Expertenkollegium, Stand der Wissenschaft), **Transparenz der Diagnose** (Zweite Meinung), **individueller Behandlung** (personalisierte Medizin) und **Aufbau eines Vertrauensverhältnisses** (persönliches Ver-

9 Eine „Verschiebung“ wird hier verstanden als Verlagerung bzw. als Übergang von der vorerst systemischen auf die persönliche Ebene des Vertrauens.

10 *Adhärenz* meint „Therapietreue“ und stellt eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg dar (vgl. Koerfer & Albus 2018: 469). In Abgrenzung dazu wird der ehemals gebrauchte Ausdruck *Compliance* im Sinne einer paternalistischen Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen in diesem Beitrag nicht übernommen: „Compliance, although it also describes carrying out recommended health behaviors is subtly different in that it implies a more paternalistic interaction between clinician and patient. Adherence seems to do a better job of focusing necessary attention on the interactive and collaborative nature of the relationship between patients and clinicians“ (Koerfer & Albus 2018: 472; zitiert nach Martin 2014: 9).

trauen) auszeichnen. Nun soll im nächsten Schritt untersucht werden, wie Ärzt:innen entgegengebrachtes Misstrauen bzw. das Hinterfragen von Vertrauen sprachlich verarbeiten und welche weiteren Strategien sich aus ‚kritischen Momenten‘ ableiten lassen.

5.3 Reparaturverfahren in ‚kritischen Momenten‘

Für die Untersuchung von Vertrauen in Gesprächen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sind Gesprächsausschnitte von großem Interesse, in denen patientenseitiges Misstrauen in Behandlungsmethoden und/oder Ärzt:innen (non-)verbal zum Ausdruck kommt und daraufhin Vertrauensarbeit von Behandelnden vorgenommen wird. Weshalb Vertrauen eine herausragende Rolle in onkologischen Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen übernimmt, wurde bereits unter Kap. 3 erläutert. Nun soll anhand konkreter Einzelfallanalysen vorgestellt werden, welche Faktoren die Herstellung von Vertrauen in der Onkologie gefährden können (5.3.1) und wie sich diese ‚kritischen Momente‘ durch Reparaturverfahren beheben lassen (5.3.2). Unter ‚kritischen Momenten‘ verstehe ich im Zusammenhang von Sprache und Vertrauen Gesprächsausschnitte, in denen patientenseitige und/oder ärztliche Reaktionsmuster das Hinterfragen von Vertrauen begünstigen können. ‚Kritische Momente‘ lassen sich also sowohl auf das Erleben von Patient:innen als auch auf die ungenügende Vertrauensarbeit von Ärzt:innen – beispielsweise durch das Fehlen der Vertrauen begünstigenden Faktoren ‚Kompetenz‘, ‚Interesse‘, ‚Konsistenz‘, ‚koordiniertes Handeln‘ (vgl. Schäfer 2013: 54–59 und in diesem Band) – zurückführen. Für die exemplarische Analyse werden Gesprächsausschnitte herangezogen, die entweder Misstrauens- (5.3.1.1) oder Emotionsdarstellungen (5.3.1.2) der Patient:innen offenlegen, da diese Patientenhandlungen in onkologischen Gesprächen spezielle Vertrauensreparaturverfahren der Ärzteschaft evozieren. Unter vertrauensreparierenden Maßnahmen werden vergleichsweise intensivere Maßnahmen der Vertrauensarbeit verstanden, die in ‚kritischen Momenten‘ von Ärzt:innen eingesetzt werden können. Zwei vertrauensreparierende Maßnahmen, die in den vorliegenden Gesprächen von Ärzt:innen vorgenommen werden, lassen sich in der verstärkten Vertrauensarbeit (5.3.2.1) und dem Anwenden sogenannter Beschwichtigungsstrategien (5.3.2.2) zusammenfassen.

5.3.1 Auslöser für Rupturen in der Vertrauensherstellung

5.3.1.1 Patientenseitige Misstrauensdarstellungen

Wie sich anhand der beispielhaften Analysen andeutet, kann sich das patienten-seitige Vertrauen (oder Misstrauen) auf die behandelnden Ärzt:innen, die gestellten Diagnosen, die verordnete Therapieformen oder aber auch auf das System Krankenhaus allgemein beziehen. Dementsprechend leisten Ärzt:innen nicht nur im Hinblick auf ihre Person, sondern auch stellvertretend für ihre Rolle und ihre Institution („in ihrer Rolle als personalisierte Institution“ [Ehmke 2019: 20]) Vertrauensarbeit. Diese Aufgabe gewinnt in kritischen Momenten an Bedeutung. Wird Misstrauen explizit thematisiert, liegt es an Ärzt:innen zu lokalisieren, worauf sich das patientenseitige Misstrauen bezieht und dementsprechend vertrauensreparierende Maßnahmen einzuleiten:

Beispiel 7: ist nichts SCHLIMMes

043 PW ((zieht die Nase hoch))
 044 LM <<leise> MAN man man;>
 045 ist nichts SCHLIMMes,
 046 LM ((schnauft))
 047 A1 <<lauter werdend> ist nichts SCHLIMMes;>
 048 PW **((weint, zieht die Nase hoch))**
 049 A1 frau ((anonymisiert)) (--)
 050 ECHT;
 051 es ist NICHTS schlimmes;
 052 [das ist]
 053 PW <<weinend>**[das SA]gen sie bloß nur;>**
 054 A1 warum soll ich das bloß nur Sagen?
 055 PW ((schluchzt)) (1.9)

In dem vorliegenden Gesprächsausschnitt zeichnet sich die verängstigte Reaktion einer Patientin (PW) ab, nachdem sie den Befund eines Mammakarzinoms mitgeteilt bekommen hat. Die Gesprächssequenz ist nicht nur hinsichtlich der starken Emotionalität der Patientin (*schnaufen*, *schluchzen*, *weinen*), sondern vor allem aufgrund der Patientenäußerung [*das SA]gen sie bloß nur;* > (Z. 053) als ‚kritischer Moment‘ einzustufen: PW äußert explizit, den tröstenden Worten des Arztes (*ist nichts SCHLIMMes*; Z. 047) keinen Glauben zu schenken, indem sie die Beruhigungsversuche des Arztes als ‚unauthentisch‘ dekonstruiert. Diese Misstrauensbekundung resultiert aus einem generellen Misstrauen gegenüber ärztseitigen Äußerungen (der Beruhigung), die mit einer veralteten Vorstellung des Arztbilds einhergeht:

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 (Günthner 2021: 86).

Die emotionale Reaktion der Patientin hingegen bezieht sich auf die Therapieform „Chemotherapie“, die negativ eingestuft wird (LM: *es ist keine kemo nötig. = ne?* (2.1) *SIEHste*; (-); Z. 039–041). Während sich in der Emotionalität der Patientin deren Angst vor bestimmten Therapieformen widerspiegelt, bezieht sich die getätigte Miss-trauensbekundung auf (ehemalig) etablierte Verhaltensmuster von Ärzt:innen. Beide Formen stellen Auslöser für Rupturen in der Vertrauensherstellung dar und bedingen verstärkte Strategien von Seiten der Ärzt:innen.¹¹ Damit rückt ein zentraler Mechanismus der Vertrauensarbeit in den Fokus, der sich in der Identifikation ‚kritischer Momente‘ durch Ärzt:innen und in der anschließenden Bearbeitung mit Hilfe vertrauensreparierender Strategien niederschlägt. Auf welche konkreten Strategien sich Ärzt:innen in diesem Fall berufen können, wird unter Kapitel 5.3.2 skizziert.

5.3.1.2 Emotionsdarstellungen

In der medizinischen Kommunikation gelten Emotionen als schwieriger und zugleich zentraler Aspekt, der Beteiligte vor komplexe Interaktionsaufgaben stellt (vgl. Lindemann 2015: 157). Dies gilt in besonderer Weise für onkologische Gespräche: Eine Krebsdiagnose stellt Ärzt:innen, Patient:innen und Angehörige nicht nur im Hinblick auf das Diagnosegespräch vor eine (emotionale) Herausforderung, sie läutet gleichermaßen den Beginn zahlreicher Therapieplanungsprozesse ein. Vertrauen kommt in diesen Gesprächen in zweierlei Hinsicht eine entscheidende Rolle zu. Einerseits, vor dem Hintergrund der emotional geprägten Interaktionssituation und andererseits, als elementare Grundvoraussetzung der weiteren Therapieplanung. Aus Sicht der Ärzt:innen kann die (Nicht-)Bearbeitung von Emotionen also zu weitreichenden Folgen in der Vertrauensherstellung führen. Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht:

Beispiel 8: GANZ kALte Dusche

612 LW: des war auch <<seuzend>GANZ::->
 613 **kALte Dusche** vo:r- (-)
 614 vierze Tage aber- (.)
 615 [JETZT,]

¹¹ Interessant für die Untersuchung von Vertrauen ist in diesem Zusammenhang auch die namentliche Adressierung des Arztes. Vgl. dazu Günthner (2021).

- 616 PM: [ja:]
 617 PM: jetzt [Wissen wa s.]
 618 LW: [((seufzt))]
 619 LW: is JA ge' wie wenns-
 620 beSTätig is=
 621 =dann <<flüsternd>WEIß man das?
 622 und [dAnn kann] [man> besser] mit <<mit zitternder
 623 Stimme>Umgehe.>
 624 AM: [hm_hm]
 625 PM: [JETZT is es-]
 626 PM: ja_ja hm
 627 LW: **es=es bleibt nichts andres** <<lachend>Übrig.>
 628 (1.0)
 629 PM: oKAY-
 630 (1.3)
 631 PM: (ich hab [SONST)-]
 632 AM: **[gibts] noch FRAGEN [ihrer]seits?**

Das emotionale Erleben der Lebensgefährtin (LW) wird anhand verbaler und nonverbaler Mittel explizit. Für die Vertrauensarbeit von Ärzt:innen sind zwar beide Formen der Emotionsvermittlung von Bedeutung, ein größeres Augenmerk soll jedoch zunächst auf der Verbalisierung von Emotionen liegen: Durch die Äußerung *GANZ kaLte DUSche* (Z. 612) führt die Lebensgefährtin des Patienten (PM) ihr emotionales Befinden als relevantes Gesprächsthema ein.¹² Explizite Emotionsthematisierungen sind in Bezug auf Vertrauen in der Onkologie deshalb interessant, weil sich in der Darstellung der eigenen Erfahrungen und in der Referenz auf negative Emotionen Aufforderungen des Tröstens andeuten können (vgl. Imo 2017: 10). Da diese „my-side-tellings“ (vgl. Imo 2017: 10)¹³ „eine gewisse Verpflichtung des Arztes auf[bauen], darauf tröstend zu reagieren“ (Imo 2017: 10), lassen sie sich als potenziell ‚kritisch‘ beschreiben. Denn insbesondere die Nicht-Beachtung der patientenseitigen Trostaufforderung (vgl. Imo 2017: 10) kann sich durch das Wegfallen operationalisierter Faktoren wie ‚Interesse‘ negativ auf das Vertrauen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen/Angehöri-

¹² Dies lässt sich nicht zuletzt an dem prosodisch hervorgehobenen Gradpartikel *GANZ* (Z. 612) erkennen.

¹³ Imo (2017) überträgt Pomerantz (1980) Konzepte des ‚my-side-tellings‘ und des ‚Fischens nach Informationen‘ auf Praktiken des Tröstens.

gen auswirken.¹⁴ Im weiteren Verlauf der Gesprächssequenz geben auch nonverbal angezeigte Emotionen (*mit zitternder Stimme*; 622–623) und Marker der Hoffnungs- und Ausweglosigkeit (*es = es bleibt nichts anderes* <<lachend>Übrig; Z. 627) Hinweise auf eine erwünschte Reaktion (bspw. in Form von Anteilnahme).

Im Gegensatz zu Beispiel 7, leitet der betreuende Arzt jedoch bis zum Ende des Gesprächs keine Strategien zur Vertrauensherstellung ein; vielmehr kann der Gesprächsausschnitt *GANZ kalte DUsche* durch die (Nicht-)Bearbeitung der Emotionsdarstellungen als ‚Zuspitzung‘ des ‚kritischen Moments‘ gelesen werden: Die Nicht-Bearbeitung der Emotionsdarstellungen und das stark verminderte Rückmeldeverhalten des Arztes geben erste Hinweise auf verringerte Vertrauensarbeit: Insbesondere die vertrauensbegünstigenden Faktoren ‚koordiniertes Handeln‘ und ‚Interesse‘ (Schäfer 2013: 54–59) bleiben aus. Markant erscheint, dass der behandelnde Arzt auch auf die emotionalen Betroffenheitsbekundungen seines Patienten stets mit einer Auslagerung des Gesprächs reagiert [*gibts*] *noch FRAGEN [ihrer]seits?* (Z. 632), die emotionalen Ausführungen des Patienten und seiner Lebensgefährtin damit als „nicht relevant“ einstuft. Dieses Muster zeigt sich auch an einer anderen Stelle des Gesprächs, als AM kurz nach der emotionalen Reaktion von LW (*(((seufzt)))* <<mit zitternder Stimme>ja:: >; Z. 432) entgegnet: *sie HAM ja schon en termIn?* (.) (Z. 444).

Emotionsdarstellungen, explizit oder implizit, sind als ‚kritische Momente‘ klassifizierbar, da sie die Notwendigkeit vertrauensreparierender Maßnahmen durch Ärzt:innen erforderlich machen – dies hat sich nicht zuletzt anhand der „Trostaufforderungen“ (Imo 2017: 10) gezeigt. Anders als bei patientenseitigen Misstrauenthematisierungen, die das Vertrauen gegenüber der behandelnden Person (oder verbreiteten Verhaltensmustern von Ärzt:innen allgemein) explizit infrage stellen, sind Emotionsdarstellungen jedoch nicht uneingeschränkt als Indikatoren für mangelndes Vertrauen zu werten; das Weinen eines Patienten allein ist noch keine Absage an das Vertrauen in die zuständige Ärztin. Vielmehr bergen Emotionsdarstellungen das Potenzial, ein Hinterfragen von Vertrauen nach sich zu ziehen. Vertrauen ist also stets in der Interaktion selbst und in Abhängigkeit von der Reaktion der jeweiligen Interaktionspartner zu untersuchen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass patientenseitige Misstrauens- und Emotionsdarstellungen in ihrer Funktion als Auslöser für Rupturen in der Vertrauensherstellung ‚kritische Momente‘ erzeugen und diese ‚kritischen Momente‘ wiederum vertrauensbildende Gegenmaßnahmen erforderlich machen.

¹⁴ Die Bearbeitung von Emotionen wird u. a. von Lindemann (2015: 154) als wichtiger Bestandteil für die erfolgreiche Kommunikation mit Patient:innen bestimmt. Fiehler (1990: 45) spricht im Falle des Nicht-Eingehens auf das Erleben des Interaktionspartners von *Ignorierung*.

5.3.2 Reparaturverfahren

5.3.2.1 Intensivierung der Vertrauensarbeit

Das nachfolgende Beispiel dokumentiert eindrucksvoll, wie Emotionsdarstellungen Behandlungsentscheidungen und Vertrauensaufbauensequenzen beeinflussen können. In diesem Fall sogar derart eindrücklich, dass Patientin und Begleitperson in Betracht ziehen, den vorgesehenen Therapieplan infrage zu stellen:

Beispiel 9: weil se ANGST hat

215 BW: **und ne alternaTive gibt_s net;**
 216 also wenn man sagt jetzt da mal sie wird sich entscheiden
KEIne
 217 **operation;**
 218 **weil_se ANGST hat,**
 219 dass_se nicht mehr AUF[wacht;]
 220 PW: [des is ja DES;]
 221 (1.5)
 222 narkOse hab ich an[gst;]
 223 AW: [ja;]
 224 **verSTEH ich;**
 225 **des muss man bei ihnen auch gUt entSCHEIden;**
 226 ne,
 227 das ist ganz KLAR?
 228 LM: [ja;]
 229 AW: [bei der] VORgeschichte-

Nachdem das bevorstehende Expertentreffen zur Therapieplanung angekündigt wurde, äußert sich die Patientin (PW) besorgt (PW: *des risiko ob_isch dann nochmal UFFwach ne;* Z. 211). Auch BW erwägt aufgrund der gesundheitlichen Vorgeschichte von PW eine Alternative *KEIne operation* (Z. 216–217). Die behandelnde Ärztin reagiert auf diese ‚Störung‘, indem sie mittels Perspektivübernahme *verSTEH ich; des muss man bei ihnen auch gUt entSCHEIden* (Z. 224–225) auf die Sorge von Patientin und Begleitperson eingeht. Nachdem sich die Ärztin erneut auf die vertrauenserhaltenden Maßnahmen „Expertenkollegium“ und „personalisierte Medizin“ beruft, wird die kritische Nachfrage von der Patientin selbst wiederholt:

Beispiel 10: wenn ich GAR nichts machen lass

- 243 PW: (0.8) und wenn man (0.2) wenn ich **GAR nichts machen lass**
un,
244 AW: macht man eigentlich NICHT;
245 (1.8)
246 PW: **muss man so und so STER[be ne,]**
247 AW: [GAR nichts machen-]
248 aber es ist rElativ GROß;
249 des ist_n **drei komma acht [ZEN]timeter,**
250 PW: [<p> ach SO;>]
251 AW: äh-
252 **des ist schon relativ GROß,**
253 und wenn man da GAR nix (0.2) mAcht;
254 (1.2) also GAR nix machen,
255 es würde SO weitergehen.
256 dass des halt weiter sich (0.3) verGRÖßert und frisst,
257 und [FRISST,]
258 LM: [hm_HM,]
259 AW: ja,
260 PW: hm_HM,
261 (0.5)
262 AW: und irgendwann ganze BRUST [(unverständlich)] um_s mal
klar
263 zu sAgen,
264 PW: [(unverständlich)]
265 AW: **also das (1.3) wär eher NICHT gut;**
266 PW: hm_HM;
267 AW: ne,
268 (2.9)

Aus Sicht der behandelnden Ärztin ist der Behandlungsplan durch die wiederholte Anfrage, die Operation aus Angst nicht durchzuführen, in akuter Gefahr. Sie findet sich in einer Situation wieder, die von Ringen um Vertrauen in die Behandlungsform (*narkOse hab ich an[gst;]; Z. 222*) und in das eigene Fachwissen (Beurteilung der Situation) geprägt ist. In Bezug auf Vertrauensherstellungen lässt sich die Sequenz als ‚kritischer Moment‘ kategorisieren, der weitere Strategien der Vertrauensreparatur erforderlich macht. Die zuständige Ärztin reagiert dementsprechend und leitet neben ersten Beschwichtigungsversuchen wie *es ist keine so schwierige Operation* (zu Beschwichtigung s. u.) erste Strategien der

Perspektivübernahme ein. Faktenbasierte Evidenzen wie die Größe des Tumors (*drei komma acht [ZEN]timeter*; Z. 249), die Beurteilung der Größe *des ist schon relativ GROß* (Z. 252) und metaphorische Bilder der Abschreckung (*vergrößert und frisst [...] und irgendwann ganze BRUST*; Z. 256–262) münden in der unmissverständlichen Diagnoseempfehlung *also das (1.3) wär eher NICHT gut* (Z. 265). Interessant ist an dieser Stelle auch der Einsatz der Gradpartikel *eher*, die in Verbindung mit der prosodisch hervorgehobenen Negationspartikel *NICHT* (Z. 265) auftritt. Die vorgenommene Abschwächung der Belehrung *Das wär NICHT gut* (Z. 265) geht womöglich auf die Distanzierung von paternalistischen Beziehungsmodellen, die Ärzt:innen als alleinige Entscheider:innen vorsehen, zurück.

Die behandelnde Ärztin schafft es schließlich, das Vertrauen der Patientin und ihrer Begleitpersonen im weiteren Verlauf zurückzugewinnen (BW: *also sie würden auf jeden fall zu der operation RAten*; Z. 323) und zeigt erneut Verständnis für die Angst der Beteiligten:

Beispiel 11: hat ma schon ANGST

338 BW: **hat ma schon ANGST;**
 339 LM: [(xx xx)]
 340 AW: [naTÜRlich;]
 341 PW: ah je du HATtest angst gel?
 342 AW: sie haben RECHT,
 343 **sie haben_s ganz RECHT,=**
 344 **=mit der ANGST ne,**
 345 (0.2) und **deswegen (0.2) is_es aber auch WICHTig,**
 346 **dass (0.6) eben auch alles gut VORbereitet wird;**
 347 [ne,]
 348 BW: [ja;]
 349 PW: ja;
 350 (1.0)

Auffällig erscheint, dass im Fortlauf des Gesprächs die im Raum stehenden Emotionsthematisierungen mit pragmatischen Schritten der Vorbereitung verknüpft werden *eben auch alles gut VORbereitet wird* (Z. 346). Laut Behandlungsplan sei diese Vorbereitung vor allem durch die Zusammenkunft und Beratung der Expert:innen erfüllt. Der Rückbezug auf vertrauensserhaltende Maßnahmen könnte zudem auf das mögliche Abschwächen des ‚kritischen Moments‘ hinweisen. In welcher Form Beschwichtigungsmaßnahmen zur Vertrauensreparatur eingesetzt werden, soll im nächsten Abschnitt erläutert werden.

5.3.2.2 Beschwichtigungsstrategien

Unter *Beschwichtigungsstrategien* werden Strategien zur Vertrauensreparatur verstanden, die in ‚kritischen Momenten‘ durch diverse Abschwächungsmaßnahmen zum Ausdruck kommen. Zur Untersuchung von Beschwichtigungsstrategien eignen sich vor allem Gesprächsausschnitte, die Vertrauensthematisierungen innerhalb eines Gesprächs enthalten (vgl. Imo in diesem Band). In medizinischen Gesprächen verweist die Relevantsetzung von Misstrauen gleichermaßen auf ‚kritische Vertrauensmomente‘, die von Ärzt:innen in der Regel direkt bearbeitet werden müssen und sich als Referenzpunkt für die Untersuchung vertrauensreparierender Maßnahmen eignen.

Im Anschluss an Imos exemplarischen Ausschnitt zu Vertrauensthematisierungen (vgl. Imo in diesem Band) sollen nun entsprechende Beschwichtigungsstrategien des Arztes kritisch auf die Reaktion der Patientin überprüft werden: Nachdem die Patientin ihr mangelndes Vertrauen in die Sicherheit der Therapie thematisiert [*das SA*]gen sie bloß nur; > (Z. 053), beginnt der behandelnde Arzt in direkter Konsequenz mit ersten Beschwichtigungsstrategien:

Beispiel 12: sie werden gar nichts MERken

058 PW <<weinend [ja]>
 059 NEIN des nicht aber,
 060 A1 natürlich ist das ein bösartiger Tumor;
 061 aber **das ist KEI:N tumor,**
 062 **der wirklich bösartig IST,**
 063 der schnell WÄCHST,
 064 der aggresSIV ist oder sonst irgendwas; (-)
 065 sie werden opeRIERT,
 066 sie werden beSTRAHLT,
 067 kriegen ne taBLETte für fünf jahre **und das ist alles;**
 068 **und sie werden gar nichts MERken ;**
 069 PW gut;
 070 A1 **ganz (.) EHRlich.**

Dem Weinen der Patientin folgt die Relativierung des Tumors (*aber das ist KEI:N tumor, der wirklich bösartig IST*; Z. 61–62) und das Aufzeigen der Therapie als unproblematischen Vorgang (*und das ist alles*; Z. 67). Die Behandlung als gefahrlosen Vorgang anzusehen, wird vonseiten des Arztes abermals bestärkt, indem er versichert, die Patientin würde *gar nichts MERken* (Z. 68) und dem Wahrheitsgehalt sei-

ner Aussage Nachdruck verleiht (*ganz EHRlich*; Z. 70),¹⁵ Der Arzt nimmt also erneut auf das zuvor explizit abgesprochene Vertrauen Bezug (*Ich bin ehrlich, d. h. ich lüge nicht*). Gleichmaßen beruft er sich auf eine Strategie des Tröstens, die sich bei dem Überbringen von Diagnosemitteilungen etabliert hat (vgl. Imo 2017: 26):

Die ÄrztInnen verwenden dabei eine „Schlecht-aber-gut-Strategie“, mit der sie zunächst die schlechte Diagnose der Krebserkrankung übermitteln, eingeleitet durch ein meist prosodisch hervorgehobenes aber dann positive, Hoffnung schaffende Aspekte hervorheben (geringer Grad der Aggressivität des Tumors; Erfahrung mit guten Heilungschancen o. ä.), d. h. es wird das „Gute im Bösen“ (so ein Zitat aus einem der Gespräche) betont.

Die Bemühungen des Arztes zielen in diesem Fall auf das ‚Gute‘ der Krebsdiagnose. Ganz im Sinne von ‚bösartiger Tumor ist nicht gleich bösartiger Tumor‘ lenkt er die Aufmerksamkeit durch diverse Strategien der Abschwächung auf positive Aspekte (hier: die verringerte Aggressivität oder das verlangsamte Wachstum). Nach weiteren Versuchen der Vertrauensreparatur werden schließlich die Beweggründe der betroffenen Patientin abgefragt, die offensichtlich Angst vor der Bestrahlung hat:

Beispiel 13: wie beim SONnenbrand

- 116 A1 wo was o vor was haben sie denn ANGST?
 117 PW (-- JA_ich,
 118 (--)((zieht die Nase hoch))
 119 wenn sie dann sagen beSTRAHllung und und- (xxx)
 120 A1 joa aber da wird nur die BRUST bestrahlt,
 121 WISsen sie;=
 122 =die wird dann viel[leicht] ein bissl
 123 RO:T
 124 wie beim SONnenbrand,
 125 PW [((zieht die Nase hoch))]
 126 A1 [aber sonst wird eigentlich net ARG viel gemacht;]

Die Rückfrage *vor was haben sie denn ANGST?* (Z. 116) an die Patientin erweist sich hinsichtlich ihrer Ängste als nutzbringend, da von ärztlicher Seite die jeweiligen Beschwichtigungsstrategien an vertrauenskritische Aspekte angepasst werden können: Im Falle der Bestrahlung leitet der zuständige Arzt also sogleich Beschwichtigungsstrategien ein, die den Fokus explizit auf das Thema Bestrahlung legen. Relevant gesetzt wird vor allem der Vergleich der Bestrahlung mit einem Sonnenbrand:

¹⁵ Zumal „*ganz (.) EHRlich*“ (Z. 70) zudem eine explizite Referenz auf die Person des Arztes selbst darstellt.

Beispiel 14: des ist halt LÄstig

135 A1 ja?=
 136 =also von daher wird die BRUST bestrahlt.= [ne,]
 137 PW [ja]
 138 A1 die wird dann **vielleicht ein bissl ROT**,
 139 weil [**wie gesagt wie bei**]m **SONnenbrand**,
 140 PW [((zieht die Nase hoch))]
 141 PW mhm-
 142 A1 aber an**SON**sten wird das gut vertragen;
 143 da legt man sich **HIN**,
 144 des geht ein paar se**KUN**den,
 145 des ist halt **LÄStig**,=

Dieser herkömmliche Vergleich dient nicht nur dazu, die Angst der Patientin abzuschwächen, sondern vermittelt gleichzeitig ein anschauliches Bild der Therapieform: Was vorher als unbekannte Variable des Schreckens an negative Assoziationen gebunden war, wird durch einen verhältnismäßig harmlosen Vergleich abgeschwächt. Die zuvor erläuterte Unklarheit im Hinblick auf zukünftige Handlungsoptionen (vgl. Imo 2016: 7) kann zwar nicht vollends aufgelöst, aber zumindest minimiert werden, sodass die „riskante Vorleistung“ (Luhmann 2014: 27) der Patientin mit einem geringeren eigenen Risiko verbunden zu sein scheint. Hinzu kommt die Abschwächung *vielleicht ein bissl ROT* (Z. 138) und weitere Hinweise auf die geringen Nebenwirkungen der Bestrahlung (*an**SON**sten wird das gut vertragen*; Z. 142). Gleichzeitig wird durch Adjektive der (alltäglichen) Unannehmlichkeit wie *LÄStig* (Z. 145) suggeriert, mit der gewählten Behandlungstherapie kein hohes Risiko einzugehen.

Die ärzteseitigen Beschwichtigungsmaßnahmen beziehen sich also direkt auf die Ängste der Patient:innen. Das heißt, auch vertrauensreparierende Strategien finden hauptsächlich im Kontext der Diagnose und der Therapieform (Bestrahlung) Anwendung. Die vorgestellten Sequenzen (Beispiele 12–14) zeichnen sich durch ein hohes Maß an vertrauensbegünstigenden Faktoren ‚Interesse‘, ‚Kompetenz‘, ‚kooperatives Handeln‘ und ‚Konsistenz‘ aus, sodass durch die Summe der Faktoren ein sehr hohes Potenzial der Vertrauensförderung vorliegt (vgl. Schäfer 2013: 58). Eine Möglichkeit, dies zu bestätigen, findet sich in der Ratifizierung der Vertrauensarbeit (Kap. 5.4).

Beispiel 17: also sie würden auf jeden fall zu der operation RAten

323 BW also **sie würden auf jeden fall zu der operation RAten**;
 324 hm ALso-
 325 AW: auf JEden fall;
 326 LM: JA (0.2)[ja;]
 327 AW: [<<p>ja;>]
 328 auf JEden fall;
 329 (1.1)

Das hier ausgedrückte Vertrauenszugeständnis wird nicht in Form einer expliziten Vertrauensthematisierung (*Ich vertraue Ihnen*), sondern vielmehr implizit über die Formulierung *also sie würden auf jeden fall zu der operation RAten*; (Z. 323) konstruiert. Dabei impliziert die Sprachhandlung *Rat suchen* eine Beziehungskonstellation, die ein gewisses Vertrauensverhältnis voraussetzt. Schließlich ist es Konsens, dass man ohne Vertrauen in die ratgebende Person nicht dazu bereit ist, einen Ratschlag in Handeln umzusetzen (vgl. Ott & Kiesendahl 2019: 113). Der behandelnden Ärztin wird von BW also persönliches Vertrauen entgegengebracht: Obwohl sich konkrete Bezugseinheiten von Vertrauen zu Beginn des Gesprächs auf systemische Aspekte (Therapieform, negative Diagnose) beziehen, wird die behandelnde Ärztin am Ende des Gesprächs um Rat gebeten und ihre Rolle als Stellvertreterin der Institution aufgelöst bzw. abgeschwächt.

Wie die vorangehenden Ausschnitte andeuten, lässt sich der Erfolg vertrauensreparierender Strategien anhand impliziter sowie expliziter Vertrauenszugeständnisse der Patient:innen ratifizieren.

6 Fazit

Nähern wir uns der Frage, wie sich die eingangs erwähnten Hauptmerkmale von Vertrauen in Gesprächen auf onkologische Gespräche anwendbar machen lassen, so geben die Ergebnisse der Analyse Aufschluss über weitere Ausdifferenzierungen der Charakteristika. Grundsätzlich gilt, dass Vertrauen in onkologischen Gesprächen intensiver interaktiv hergestellt werden muss und bei Vertrauensabbau vergleichsweise drastischere Konsequenzen drohen als bei einem nicht-onkologischen Gespräch:

- Konstitutivität: Zwischen den Gesprächsteilnehmenden besteht lediglich ein „latentes Grundvertrauen“ (Kuhnhehn 2016: 173). Das gegenseitige Vertrauen muss also aktiv durch Gesprächsereignisse hergestellt werden. Hinzu kommt,

dass die Gefahr des Misstrauens in medizinischen (und vor allem onkologischen) Gesprächen durch systemisches Misstrauen erhöht oder aufgrund der eigenen riskanten Vorleistung labil sein kann. Da sich Ärzt:innen in der Rolle der Vertrauensnehmers befinden, werden bereits zu Gesprächsbeginn **Strategien zum Herstellen einer Vertrauensbasis** (vgl. Kap. 5.1) eingeleitet.

- Prozessualität: Die Analysen haben gezeigt, dass Vertrauen in der Onkologie kontinuierlich durch **vertrauenserhaltende Maßnahmen abgesichert und gefördert** werden muss, da das Risiko eines Vertrauensabbaus bei misstrauensfördernden Gesprächsbeiträgen der Ärzt:innen vergleichsweise hoch ist (vgl. Bsp. 10: *[gibts] noch FRAGEN [ihrer]seits?*; Z. 631).
- Interaktivität: Obgleich die Rollen Vertrauensgeber und Vertrauensnehmer im Laufe der Interaktion variieren können, ist die Rollenverteilung zu Beginn onkologischer Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen in der Regel vorgefestigt: In den untersuchten Gesprächen sind Patient:innen in ihrer Rolle als Behandelte *Vertrauensgeber* und Ärzt:innen in ihrer Rolle als Behandelnde *Vertrauensnehmer*. Wie sich anhand der Untersuchung ‚kritischer Momente‘ gezeigt hat, wird Vertrauen in einem Prozess aus patientenseitigem Vertrauensvorschuss und ärzteseitiger Vertrauensförderung interaktiv verhandelt.
- Methodizität: Vertrauensanzeigende Methoden wurden von den Interaktanten erkannt und interaktional bearbeitet, sodass sich aus den untersuchten Gesprächen spezifische **Strategien der Vertrauensförderung** ableiten lassen, die im Kontext der Onkologie (im deutschsprachigen Raum) Anwendung finden. Die herausgearbeiteten Ergebnisse besitzen dennoch keine interkulturelle Gültigkeit und sind demnach nicht beliebig auf Interaktionsgemeinschaften übertragbar.
- Pragmatizität: Das Herstellen von Vertrauen ist in onkologischen Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen in der Regel **Interaktionszweck der Ärzt:innen**, muss von diesen also auch (bewusst) interaktiv hergestellt werden. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen kann den weiteren Therapieverlauf – ungeachtet der patientenseitigen Einwilligung in den Behandlungsplan – positiv beeinflussen.

Die Untersuchung onkologischer Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche hat eindrücklich gezeigt, inwiefern *Vertrauen* medizinische Gespräche zwischen Ärzt:innen und Patient:innen/Begleitpersonen konkret prägen und auch lenken kann. In Anlehnung an Schäfers (2013: 54–59) Operationalisierung vertrauensbegünstigender Faktoren wurden konkrete Strategien herausgearbeitet und Phasen der Vertrauensarbeit entwickelt. Ein besonderes Interesse galt in diesem Zusammenhang der Untersuchung ‚kritischer Momente‘, da die durch patientenseitige Emotions- und Misstrauensdarstellungen als ‚heikel‘ bestimmten Gesprächs-

quenzen spezifische vertrauensreparierende Maßnahmen zutage förderten.¹⁶ Mit ‚kritischen Momenten‘ geht also gleichermaßen ein **Ringens um Vertrauen** einher, das insbesondere in Fachbereichen mit hoher emotionaler Relevanz und erhöhtem eigenen Risiko in der Vertrauensfrage zu Einbußen der Behandlungs- und Vertrauensqualität führen kann. Wie sich am Beispiel der Untersuchungen gezeigt hat, stehen Ärzt:innen nichtsdestotrotz diverse **Strategien der Vertrauensreparatur** zur Verfügung, um Misstrauenssequenzen aufzulösen und das patientenseitige Vertrauen wiederherzustellen. Die Ergebnisse dieser Prozesse sind in einem Schaubild (Abb. 1, S. 294) zusammengefasst.

Im Rahmen der Analyse konnten Handlungsmöglichkeiten der Ärzt:innen identifiziert werden, die der Vertrauensherstellung dienen (I. und II.) und darüber hinaus auf Reparaturverfahren in ‚kritischen Momenten‘ zugeschnitten sind (III.). Die entsprechenden Vertrauensstrategien werden von Ärzt:innen an die jeweilige Interaktionssituation angepasst, sodass in ‚kritischen Momenten‘ gezielt auf Lösungsstrategien wie Beschwichtigungsmaßnahmen zurückgegriffen werden kann. Reparaturverfahren werden demzufolge iterativ bearbeitet: Nach gelungener Vertrauensarbeit stützen sich Behandelnde möglicherweise erneut auf Methoden der Vertrauenskonstituierung und -erhaltung (Rückmeldesignale, Absicherungsstrategien usw.). Dieser Übergang läutet die Beendigung kritischer Sequenzen ein und lässt auf erfolgreiche Reparaturmaßnahmen der Ärzt:innen schließen. Wirkungsvolle Reparaturmaßnahmen sind u. a. an patientenseitigen Ratifikationsformulierungen und impliziten Vertrauenshonorierungen erkennbar: *also sie würden auf jeden fall zu der operation RAten* (Beispiel 17, Z. 323).

Der Rückgriff auf die Expertise der behandelnden Ärztin verweist darüber hinaus auf die in der Einleitung gestellte Frage, an wen bzw. *was* die Vertrauens- oder Misstrauensbekundungen gerichtet sind: In den Analysen deutet sich an, dass Vertrauen nicht immer an soziale Akteure, sondern vor allem an Therapiemöglichkeiten und an systemisches Misstrauen per se gebunden sein kann (Angst vor der Narkose; siehe Beispiel 9). Wie eingangs gezeigt, „kommunizieren Einzelakteure nie mit einem gesamten System [...], sondern immer nur mit Personen, die dieses System repräsentieren“ (Schäfer 2016: 28). Dies wird auch in den Analysen deutlich: Das patientenseitige Misstrauen stellt sich meist gegenüber der Institution Krankenhaus und der Diagnose Krebs ein. In onkologischen Therapieplanungsgesprächen kommt außerdem noch mangelndes Vertrauen in Behandlungsmethoden der Orga-

¹⁶ Für zukünftige Untersuchungen wäre es interessant, ‚kritische Momente‘ dezidiert zu untersuchen und herauszuarbeiten, welcher weiteren Strategien sich Ärzt:innen in ‚kritischen Momenten‘ bedienen.

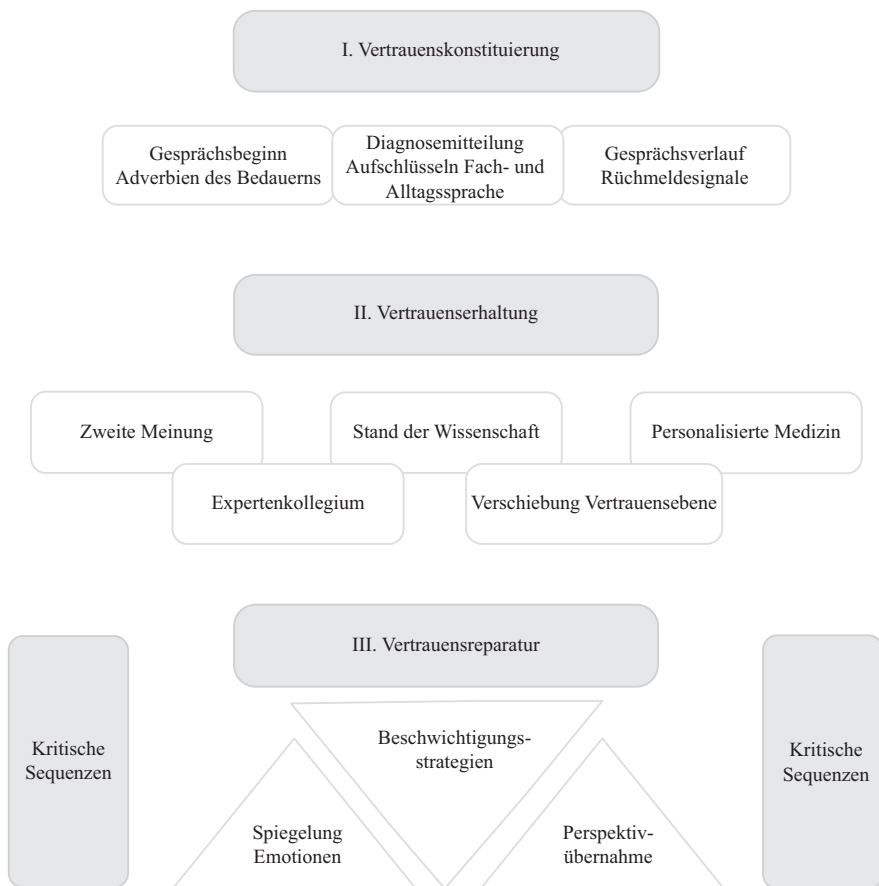


Abb. 1: Vertrauensarbeit in onkologischen Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen.¹⁷

nisation hinzu, d. h. Misstrauen in die Medizin als Wissenschaft. In den untersuchten Daten beziehen sich explizite Misstrauensdarstellungen (Beispiel 7) auf die Rolle der Behandelnden (etwa durch mangelndes Rollenvertrauen in Ärzt:innen oder durch ein vorgefasste Meinung von Ärzt:innen als „Vertrauensträger“ (Schäfer 2013: 21)). Daran anknüpfend lassen sich implizite Vertrauensbekundungen (Beispiel 17: Rat suchen) als Referenz auf persönliches Vertrauen auswerten.

¹⁷ Das Schaubild bildet die Handlungslogik der behandelnden Ärzt:innen ab und ist nicht als Ergebnis einer zeitlichen Ablauflogik zu lesen. Kritische Sequenzen sind im Laufe des Gesprächs also jederzeit möglich.

Ärzt:innen berufen sich durch vertrauensbegünstigende Faktoren wie ‚Konsistenz‘ und ‚Kompetenz‘ auf ihre Glaubwürdigkeit und weisen sich durch ‚koordinatives Handeln‘, vor allem aber durch ‚Interesse‘ an ihren Patient:innen, als vertrauenswürdig aus. In den untersuchten Gesprächen platzieren Ärzt:innen überdurchschnittlich oft Aspekte der Kompetenz und des Interesses. Es ist davon auszugehen, dass die Konzepte ‚Glaubwürdigkeit‘ und ‚Vertrauenswürdigkeit‘ die Entwicklung von Vertrauen bedingen (vgl. Schäfer 2013: 57) und auch auf komplexe Interaktionskontexte wie den der Onkologie übertragbar sind. So konnte ebenfalls gezeigt werden, dass das Auslassen der vertrauensbegünstigenden Strategien ‚Interesse‘ und ‚koordinatives Handeln‘ zu Folgen in der Vertrauensherstellung führen kann (siehe Beispiel 8). Demnach sind in der Onkologie vor allem kommunikative Dimensionen der **„Beziehungsgestaltung“** (Schäfer 2013: 96–97) als vertrauensfördernd zu kategorisieren.

Wie sich gezeigt hat, ist Vertrauen in der Onkologie aus gutem Grund von zentraler Bedeutung. Die empirische Untersuchung von Strategien der Vertrauensarbeit in authentischen Gesprächen bietet Anknüpfungspunkte für anwendungsbezogene Untersuchungen – nicht nur zur Weiterentwicklung der linguistischen Vertrauensforschung, sondern vor allem im Hinblick auf eine Implementierung in die Praxis des onkologischen Klinikalltags. Sprache kann dabei einen wertvollen Beitrag leisten:

Sprache ist ein rezeptfreies und immer zur Verfügung stehendes effektives Mittel, um Beziehungen [in der Onkologie] wirkungsvoll aufzubauen und **Vertrauen zu schaffen**, um somit die Grundlage für ein erfolgreiches, professionelles Handeln zu legen (Schleucher, Barth & Krämer 2022: 330, Hervorhebung M.B.).

Literatur

- Anderson, Lynda A. & Robert F. Dedrick (1990): Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports* 67, 1091–1100.
- Beier, Katharina (2022): Vertrauen in der Medizin. In Schweer, Martin K.W. (Hrsg.), *Facetten des Vertrauens und Misstrauens. Herausforderungen für das soziale Miteinander*, 265–285. Wiesbaden: Springer VS.
- Belosevic, Milena (2022): *Vertrauen und Misstrauen in der Flüchtlingsdebatte 2015–2017. Eine diskurslinguistische Untersuchung von Argumentationsmustern*. Hamburg: Helmut Buske Verlag.
- Blühdorn, Hardarik, Ad Foolen & Óscar Loureda (2017): Diskursmarker: Begriffsgeschichte – Theorie – Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick. In Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike Helmer & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*, 7–48. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Braun, Daniela (2013): *Politisches Vertrauen in neuen Demokratien. Honeymoon, Desillusionierung und Stabilisierung in der Vertrauensentwicklung nach Systemumbrüchen*. Wiesbaden: Springer VS.

- Buß, Marlen (2021): „Sie können ihr Testament machen, was sonst?“. Ärztliche Gesprächsführung zwischen Diagnose und Betroffenheit. *Sprachreport* 37 (4), 10–18.
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ehmke, Eva (2019): *Kommunikation und Vertrauen in betrieblichen Krisensituationen. Eine linguistische Analyse am Beispiel der Bankenkrise*. Wiesbaden: Springer VS.
- Endreß, Martin (2002): *Vertrauen*. Bielefeld: transcript.
- Endreß, Martin (2014): Vertrauenskonstellationen – Zur Relevanz und Tragfähigkeit der Unterscheidung von persönlichem und systemischem Vertrauen. In Sylke Bartmann, Melanie Fabel-Lamla, Nicolle Pfaff & Nicole Welter (Hrsg.), *Vertrauen in der erziehungswissenschaftlichen Forschung*, 31–48. Leverkusen, Opladen: Barbara Budrich.
- Fiehler, Reinhard (1990): Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In Konrad Ehlich, Armin Koerfer, Angelika Redder & Rüdiger Weingarten (Hrsg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*, 41–65. Wiesbaden: Springer VS.
- Günthner, Susanne (2021): Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen. Formen und Funktionen onymischer Anreden in der Interaktion. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 71–92. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Hall, Mark A., Fabian Camacho, Elizabeth Dugan & Rajesh Balkrishnan (2002): Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health services research* 37 (5), 1419–1439.
- Haubl, Rolf (2012): Vertrauensbildung in Beratungsprozessen. In Heidi Möller (Hrsg.), *Vertrauen in Organisationen*, 29–42. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hummel, Theresia G. & Yvonne Anders (2022): Vertrauen als Fundament einer erfolgreichen Erziehungs- und Bildungspartnerschaft zwischen Fachkräften und Familien in der institutionellen Kindertagesbetreuung. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Facetten des Vertrauens und Misstrauens. Herausforderungen für das soziale Miteinander*, 133–151. Wiesbaden: Springer VS.
- Imo, Wolfgang (2016): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. *Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 62, 1–27.
- Imo, Wolfgang (2017): Trösten: Eine professionelle sprachliche Praktik in der Medizin. *Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion* 71, 1–30.
- Imo, Wolfgang & Jens P. Lanwer (2019): *Interaktionale Linguistik. Eine Einführung*. Stuttgart: Metzler.
- Kuhnhehn, Martha (2016): Vertrauen im Gespräch. In Pavla Schäfer: *Linguistische Vertrauensforschung. Eine Einführung*, 157–176. Berlin, Boston: de Gruyter.
- Koerfer, Armin (2013): *Institutionelle Kommunikation. Zur Methodologie und Empirie der Handlungsanalyse*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Koerfer, Armin & Christian Albus (2018): Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge. In Armin Koerfer & Christian Albus (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenz in der Medizin. Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung*, 467–560. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in medizinischer Kommunikation. In Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Handbuch Sprache und Medizin*, 154–162. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Luhmann, Niklas (1973): *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Luhmann, Niklas (2014): *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*. Konstanz, München: UVK.
- Marckmann, Georg (2010): Vertrauen im medizinischen Behandlungsprozess. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauensforschung 2010: A State of the Art*, 231–246. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

- Martin, Leslie R. (2014): Barriers and keys to treatment adherence and health behavior change. In Leslie R. Martin & M. Robin DiMatteo (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence*, 9–20. Oxford: University Press.
- Maynard, Douglas W. (2016): Delivering bad news in emergency care medicine. *Acute Medicine & Surgery* 4 (1), 3–11.
- Oberreuter, Heinrich (2010): Vertrauen in der Politik. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauensforschung 2010: A State of the Art*, 87–102. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Oelkers, Nina & Imke Sundermann (2022): Vertrauen und pädagogische Beziehungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Facetten des Vertrauens und Misstrauens. Herausforderungen für das soziale Miteinander*, 153–173. Wiesbaden: Springer VS.
- Ott, Christine & Jana Kiesendahl (2019): Ratgeber und RAT GEBEN. Textlinguistische Reflexionen zur Identifizierung, Typologisierung und pragmatisch-stilistischen Analyse von Ratgebern. In Michaela Schmid, Ulf Sauerbrey & Steffen Großkopf (Hrsg.), *Ratgeberforschung in der Erziehungswissenschaft. Grundlagen und Reflexionen*, 79–115. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Pomerantz, Anita M. (1980): Telling My Side: ‚Limited Access‘ as a ‚Fishing Device‘. *Sociological Inquiry* 50, 186–198.
- Reinmuth, Marcus (2009): Vertrauen und Wirtschaftssprache: Glaubwürdigkeit als Schlüssel für erfolgreiche Unternehmenskommunikation. In Christoph Moss (Hrsg.), *Die Sprache der Wirtschaft*, 127–145. Wiesbaden: Springer VS.
- Rosumek, Silke (1990): Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Konrad Ehlich, Armin Koerfer, Angelika Redder & Rüdiger Weingarten (Hrsg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*, 27–40. Wiesbaden: Springer VS.
- Schäfer, Pavla (2013): *Das Potenzial der Vertrauensförderung. Sprachwissenschaftliche Explikation anhand von Texten der Brücke/Most-Stiftung*. Berlin: Erich Schmidt.
- Schäfer, Pavla (2016): *Linguistische Vertrauensforschung. Eine Einführung*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Schäfer, Pavla (2020): Empathie und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Katharina Jacob, Klaus-Peter Konerding & Wolf-Andreas Liebert (Hrsg.), *Sprache und Empathie. Beiträge zur Grundlegung eines linguistischen Forschungsprogramms*, 377–418. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Schleucher, Norbert, Jürgen Barth & Irene Krämer (2022): *Vademecum Hämatologie und Onkologie. Von der Therapie bis zur Pflege*. München: W. Zuckschwerdt.
- Schweer, Martin K.W. (2003): *Vertrauen im Spannungsfeld politischen Handelns*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Schweer, Martin K.W. (Hrsg.) (2010): *Vertrauensforschung 2010: A State of the Art*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Schweer, Martin K.W. (2022): Vertrauen und Misstrauen im Kontext aktueller gesellschaftlicher Herausforderungen – zwei zentrale psychologische Regulatoren. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Facetten des Vertrauens und Misstrauens. Herausforderungen für das soziale Miteinander*, 1–16. Wiesbaden: Springer VS.
- Schweer, Martin K.W. & Barbara Thies (2003): *Vertrauen als Organisationsprinzip. Perspektiven für komplexe soziale Systeme*. Bern: Huber.
- Schweer, Martin K.W. & Barbara Thies (2005): Vertrauen durch Glaubwürdigkeit – Möglichkeiten der (Wieder-)Gewinnung von Vertrauen als psychologische Perspektive. In Beatrice Dernbach & Michael Meyer (Hrsg.), *Vertrauen und Glaubwürdigkeit. Interdisziplinäre Perspektiven*, 47–63. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwitalla, Johannes (2002): Kleine Wörter. Partikeln im Gespräch. In Jürgen Dittmann & Claudia Schmidt (Hrsg.), *Über Wörter. Grundkurs Linguistik*, 259–281. Freiburg: Rombach.

- 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 Mertzluft, 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.
- Simmel, Georg (1922): *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. München, Leipzig: Duncker & Humblot.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verständendokumentationen in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patienten-Gespräch. In Arnulf Deppermann, Ulrich Reitemeier, Reinhold Schmitt & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*, 27–116. Tübingen: Narr.
- Thies, Barbara (2010): Vertrauen und Psychotherapie. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauensforschung 2010: A State of the Art*, 207–230. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Thies, Barbara (2022): Beratung und Psychotherapie. In Martin K.W. Schweer (Hrsg.), *Facetten des Vertrauens und Misstrauens. Herausforderungen für das soziale Miteinander*, 239–263. Wiesbaden: Springer VS.
- Wiesmann, Ulrich (2021): Das Überbringen ernster Nachrichten in der Medizin. In Marina Iakushevich, Yvonne Ilg & Theresa Schnedermann (Hrsg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*, 441–454. Berlin, Boston: De Gruyter.